

سنوات الدراسة والأعراض النفسية بوصفهما منبئين بالوصمة الاجتماعية والذاتية لدى دارسي علم النفس

زيزي السيد إبراهيم*

zss11@fayoum.edu.eg

ملخص

هدفت الدراسة الحالية إلى استكشاف مستويات الوصمة الاجتماعية والذاتية لدى طلاب علم النفس. استخدم مقياس وصمة المرض النفسي من اعداد الباحثة ومقياس مسح الأعراض النفسية ومقياس الاكتئاب ومقياس سوء استخدام المواد المشتق من المقابلة الاكلينيكية لتشخيص الأمراض النفسية (شليبي واخرين، 2022). طبقت الأدوات على عينة الدراسة مكونة من 724 شخصًا دارسي علم النفس ممن تراوحت أعمارهم بين 17 إلى 45 عامًا، قسموا الى ثلاث مجموعات وفقا لعدد سنوات دراسة علم النفس لمدة ثلاث أعوام او مدة تتراوح من 4 الى 11 عام او اكثر من 11 عام. وأوضحت النتائج وجود ارتباط موجب ودال إحصائيًا بين الوصمة الذاتية والأعراض النفسية و كذلك وجود ارتباط موجب ودال إحصائيًا بين الوصمة الاجتماعية والأعراض النفسية. كما اشارت النتائج أيضا الى وجود فروق دالة إحصائيًا بين مجموعات الدراسة في الوصمة الذاتية تبعًا لمتغير عدد سنوات الدراسة حيث تقل بزيادة عدد سنوات الدراسة، بينما لم تظهر فروق دالة في درجات الوصمة الاجتماعية مما يؤكد صحة الفرض المطروح بشكل جزئي. تشير نتائج تحليل الانحدار الخطي إلى أن شدة الأعراض النفسية تسهم بشكل كبير في التنبؤ بمستوى الوصمة الذاتية. وأيضًا في التنبؤ بالوصمة الاجتماعية، ولكن بنسبة أقل.

الكلمات المفتاحية: وصمة المرض النفسي- الوصمة الذاتية- الوصمة الاجتماعية -
دارسي علم النفس- الأعراض النفسية.

* أستاذ مساعد بقسم علم النفس-كلية الآداب - جامعة الفيوم.

مقدمة

تعد الوصمة المرتبطة بالاضطرابات النفسية من أهم المعوقات التي تواجه الصحة النفسية في المجتمع الحديث. هذه الوصمة تؤدي إلى تكوين تصورات سلبية حول الأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية، مما يحد من قدرتهم على التفاعل مع المجتمع بحرية وطلب المساعدة المناسبة في الوقت المناسب (Hinshaw, 2007) ورغم التقدم العلمي في فهم الاضطرابات النفسية وتطور العلاجات الملائمة، فإن الوصمة الاجتماعية ما زالت تؤدي دوراً كبيراً في منع الأفراد من الحصول على الرعاية اللازمة (Corrigan et al., 2014; Corrigan & Watson, 2002).

بالإضافة إلى الوصمة الاجتماعية، يوجد نوع آخر من الوصمة يُعرف بالوصمة الذاتية، حيث يقوم الأفراد المصابون باضطرابات نفسية بتبني التصورات السلبية عن أنفسهم، مما يؤدي إلى تدهور في احترام الذات والشعور بالخجل والعزلة (Vogel et al., 2006). هذه الوصمة الذاتية تزيد من تعقيد الحالة النفسية للفرد وقد تعيق طلبه للعلاج بسبب الخوف من الحكم الاجتماعي (Corrigan & Rao, 2012).

الدراسة الحالية تسعى إلى استكشاف مستويات الوصمة الاجتماعية والذاتية لدى طلاب علم النفس، وهي فئة يُفترض أن تكون أكثر تقبلاً وفهماً لقضايا الصحة النفسية نظراً لتخصصهم الأكاديمي. ومع ذلك، أظهرت الأبحاث أن حتى المتخصصين في الصحة النفسية قد يحملون اتجاهات وصم سلبية، سواء تجاه المرضى أو حتى تجاه أنفسهم إذا تعرضوا لأعراض نفسية (Schulze, 2007) تسعى الدراسة الحالية إلى تقييم تأثير سنوات الدراسة وشدة الأعراض النفسية التي قد يعاني منها بعض الطلاب على مستوى الوصمة الذاتية لديهم. وبالتالي، تقدم الدراسة إطاراً لفهم أعمق حول كيفية تطور الوصمة لدى دارسي علم النفس على مدار سنوات دراستهم، بما يساهم في توجيه المناهج التعليمية لتقليل هذه الوصمة وتعزيز الوعي الإيجابي بالصحة النفسية.

مشكلة الدراسة :

أشارت البحوث السابقة بشكل عام إلى وجود تباين في مستويات الوصمة النفسية بين مقدمي الخدمات النفسية والمتخصصين في مجال الصحة النفسية. فرغم توقع أن

تكون لديهم مستويات أقل من الوصمة نظرًا لمعرفتهم العلمية العميقة وخبراتهم المهنية، إلا أن الدراسات توضح أنهم لا يزالون عرضة لبعض أشكال الوصمة، سواء تلك المتعلقة بتصوراتهم عن المرضى أو حتى تجاه أنفسهم إذا تعرضوا لأعراض نفسية (Schulze, 2007) هذه الوصمة قد تؤثر سلبيًا على تعاملهم مع المرضى وتقديم الرعاية النفسية بشكل فعال. ويعكس ذلك التعقيد الذي تشكله الوصمة حتى لدى المتخصصين، مما يشير إلى أن المعرفة العلمية وحدها قد لا تكون كافية لتغيير الاتجاهات السلبية المتعلقة بالمرض النفسي.

من جهة أخرى، أظهرت البحوث المتعلقة بدارسي علم النفس أن التدريب الأكاديمي والعيادي يمكن أن يسهم في تقليل الوصمة النفسية بين الطلاب. فقد أوضحت نتائج دراسة Economou et al., 2012 أن الطلاب الذين خضعوا لتدريب أكاديمي في مجال الطب النفسي أظهروا انخفاضًا ملحوظًا في مستويات الوصمة مقارنة بزملائهم الذين لم يتلقوا هذا التدريب. ومع ذلك، فإن العلاقة بين عدد سنوات دراسة علم النفس ومستوى الوصمة النفسية ليست مفهومة بشكل كامل. فالتساؤلات ما زالت قائمة حول ما إذا كانت المدة الزمنية للدراسة في مجال علم النفس تؤثر بشكل كبير على تغيير الاتجاهات والمواقف تجاه الوصمة المرتبطة بالمرض النفسي.

علاوة على ذلك، أشارت نتائج عديد من الدراسات إلى أن الأعراض النفسية التي قد يعاني منها طلاب علم النفس قد تؤدي دورًا مهمًا في زيادة مستويات الوصمة الذاتية لديهم؛ فالطلاب الذين يعانون من أعراض مثل القلق أو الاكتئاب قد يكونون أكثر عرضة لاستبطان المعتقدات السلبية المرتبطة بالمرض النفسي، مما يؤدي إلى تفاقم الوصمة الذاتية. على سبيل المثال، أظهرت دراسة أجراها Vogel et al., (2006) أن الأفراد الذين يعانون من أعراض نفسية كانوا أكثر عرضة لتطوير وصمة ذاتية تؤثر على قدرتهم على طلب المساعدة. وبالمثل، أوضحت دراسة أخرى أن الأعراض النفسية، خاصة اضطرابات المزاج مثل القلق والاكتئاب، ترتبط بشكل وثيق بارتفاع مستويات الوصمة الذاتية لدى الطلاب، حيث يقوم الأفراد باستبطان التصورات المجتمعية السلبية حول المرض النفسي (Corrigan & Watson, 2002) كما

وجدت نتائج دراسة أجراها Schomerus et al., (2011) أن الأعراض النفسية تسهم بشكل كبير في زيادة الوصمة الذاتية، مما يعيق عملية التعافي ويسهم في تفاقم المشاكل النفسية.

لذلك، سعت الدراسة الحالية إلى الإجابة عن الأسئلة التالية :

1. هل توجد علاقة بين عدد سنوات دراسة علم النفس ومستوى الوصمة الاجتماعية والذاتية المرتبطة بالمرض النفسي؟
 2. هل يمكن التنبؤ بمستوى الوصمة الاجتماعية والذاتية المرتبطة بالمرض النفسي بناءً على عدد سنوات دراسة علم النفس؟
 3. هل توجد علاقة بين وجود أعراض نفسية لدى دارسي علم النفس ومستوى الوصمة الذاتية المرتبطة بالمرض النفسي لديهم؟
 4. هل يمكن التنبؤ بمستوى الوصمة الذاتية المرتبطة بالمرض النفسي بناءً على شدة الأعراض النفسية لدى دارسي علم النفس؟
- أهداف الدراسة :هدفت الدراسة إلى:**

1. تطوير وحساب الخصائص السيكومترية لأداة لقياس الوصمة الاجتماعية والذاتية للمرض النفسي تناسب البيئة العربية.
2. تحديد مستويات الوصمة الاجتماعية والذاتية للمرض النفسي لدى دارسي علم النفس في مختلف المراحل الدراسية.
3. استكشاف العلاقة بين عدد سنوات دراسة علم النفس ومستويات الوصمة الاجتماعية والذاتية للمرض النفسي.
4. فحص القدرة التنبؤية لعدد سنوات دراسة علم النفس بمستويات الوصمة الاجتماعية والذاتية.
5. دراسة العلاقة بين وجود أعراض نفسية لدى دارسي علم النفس ومستوى الوصمة الذاتية لديهم.
6. تحديد القدرة التنبؤية لشدة الأعراض النفسية بمستوى الوصمة الذاتية لدى دارسي علم النفس.

أهمية الدراسة :

تتجلى أهمية الدراسة في جانبين رئيسيين:

الأهمية النظرية:

1. تحاول الدراسة تقديم إطار نظري حديث يسلط الضوء على الوصمة المرتبطة بالمرض النفسي وتأثيراتها على المتخصصين في الصحة النفسية، مما يسهم في تعزيز الفهم العلمي لكيفية تأثير الوصمة على تصورات وسلوكيات هؤلاء المتخصصين.

2. سعت الدراسة إلى إعداد أداة قياس جديدة ومختصرة لتقييم الوصمة الاجتماعية والذاتية المرتبطة بالمرض النفسي في البيئة الثقافية العربية، في محاولة لسد الفجوة المتعلقة بنقص الأدوات المصممة خصيصًا لهذه البيئة.

3. تحاول الدراسة سد الفجوة المعرفية من خلال استكشاف كيفية تطور اتجاهات طلاب علم النفس تجاه المرض النفسي على مدار مراحل دراستهم الأكاديمية، وهو موضوع لم يُبحث بشكل كافٍ في البحوث السابقة.

الأهمية التطبيقية:

1. تحاول الدراسة توفير معلومات عملية مفيدة لمخططي البرامج التعليمية في مجال علم النفس، مما يمكنهم من تطوير مناهج تعليمية تهدف إلى تقليل الوصمة النفسية لدى الطلاب وتعزيز فهمهم السليم لقضايا الصحة النفسية.

2. تسعى الدراسة إلى إبراز أهمية دمج استراتيجيات مكافحة الوصمة النفسية في برامج إعداد الأخصائيين النفسيين، بهدف تصحيح المعتقدات السلبية والتصورات الخاطئة التي قد تكون موجودة حتى بين المتخصصين.

3. تحاول الدراسة تقديم مقترحات لتطوير برامج تدخل مبكرة لمعالجة الوصمة الذاتية لدى طلاب علم النفس الذين يعانون من أعراض نفسية، مما يسهم في تعزيز وعيهم الصحي وتشجيعهم على طلب المساعدة في وقت مبكر.

الإطار النظري:

أشار (2001) Link & Phelan إلى أن الوصمة المرتبطة بالمرض النفسي تُعرّف على أنها مجموعة من الاتجاهات والمعتقدات السلبية التي يحملها المجتمع تجاه الأشخاص المصابين باضطرابات نفسية، مما يؤدي إلى سلوكيات تمييزية ضدهم. هذا المفهوم يشمل نظرة المجتمع السلبية للأفراد الذين يعانون من مشكلات نفسية، وغالبًا ما يتسبب في تهميشهم أو معاملتهم بطرق غير عادلة. وقد تم تقسيم الوصمة إلى نوعين رئيسيين:

1. **الوصمة الاجتماعية:** وهي الأفكار النمطية والمعتقدات السلبية التي يحملها الأفراد والمجتمعات تجاه المرضى النفسيين، مما يؤدي إلى معاملتهم بطرق تمييزية وغير عادلة. في هذا السياق، أشار كل من Corrigan & Watson (2002) إلى أن الوصمة الاجتماعية تؤدي إلى نبذ المرضى النفسيين واعتبارهم غير قادرين على أداء أدوار اجتماعية طبيعية.

2. **الوصمة الذاتية:** وهي عملية استمماج الأفراد المصابين بالمرض النفسي لتلك الأفكار والمعتقدات السلبية التي يحملها المجتمع، وتطبيقها على أنفسهم، مما يؤدي إلى تدهور تقدير الذات والشعور بالخجل أو العار (Corrigan & Rao, 2012). يؤثر هذا النوع من الوصمة بشكل مباشر على قدرة المرضى على طلب المساعدة والتعامل مع مرضهم النفسي.

أكد الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5-TR) أن الوصمة المرتبطة بالمرض النفسي تُعبر عن السلوكيات والمعتقدات السلبية التي يعتنقها المجتمع تجاه المرضى النفسيين، حيث يتم اعتبارهم خطرين أو غير مستقرين. وقد أشار الدليل أيضًا إلى أهمية استخدام التشخيصات النفسية بطريقة حساسة ومسؤولة للتقليل من أثر الوصمة (American Psychiatric Association, 2022).

في دراسة حديثة، أكد عبد العاطي الفقيه وأحمد الورفلي (2022) أن الأفراد الذين يعانون من أعراض نفسية يميلون إلى استمماج الأفكار الوصمية التي يعتنقها المجتمع، مما يجعلهم يتصرفون بطريقة تتماشى مع تلك التوقعات السلبية. وأظهرت النتائج أن

هذه الوصمة تزيد من عزلة المرضى وتؤدي إلى تأخير طلب المساعدة، مما يزيد من شعورهم باليأس والحرمان.

كما أكدت الأدبيات السابقة أن مستوى المعرفة والتعليم يؤدي دورًا كبيرًا في تقليل الوصمة النفسية؛ ففي دراسة حسين الطراونة (2002) تبين أن مستوى الوصمة الاجتماعية تجاه المرض النفسي كان أقل بين الأفراد ذوي التعليم العالي. وأظهرت دراسات سابقة مثل دراسة عبد اللطيف خليفة (1987) ودراسة زينب شقير (1994) نتائج مشابهة، حيث أكدت أن التعليم يساعد على تحسين الفهم للمرض النفسي وتقليل التحيزات السلبية المرتبطة به.

علاوة على ذلك، أوضحت دراسة رشا الديدي ومريم صالح (2015) أن الوصمة ترتبط بتأخر طلب العلاج بين المرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية مثل الإدمان. وأشارت الدراسة إلى أن الوصمة تؤثر على الأفراد بطرق متنوعة حسب العمر، الجنس، وطبيعة المرض النفسي. كشفت الأبحاث أن اضطرابات الشخصية ترتبط بشكل خاص بمفهوم الوصمة، خاصة في الحالات التي يكون فيها تشخيص مشترك لاضطرابات أخرى مثل إساءة استخدام المواد (Substance Use Disorders).

كما أُشير إلى أن الوصمة قد تسهم في تطور أعراض نفسية إضافية، مثل القلق الاجتماعي والكف السلوكي؛ حيث أكدت نتائج دراسة وفاء الشهري ومريم صالح (2022) أن هناك ارتباطًا قويًا بين الوصمة الاجتماعية وتفاقم الأعراض النفسية، مشيرة إلى أن هذه الوصمة يمكن أن تؤدي إلى زيادة العزلة الاجتماعية وتقليل قدرة الأفراد على المشاركة في الأنشطة الاجتماعية.

من خلال استعراض الدراسات السابقة، يتضح أن الوصمة النفسية تمثل تحديًا كبيرًا يحتاج إلى فهم شامل. إن تأثيرات الوصمة لا تقتصر فقط على الأفراد المصابين بالاضطرابات النفسية، بل تمتد إلى أسرهم والمجتمع بشكل أوسع. بناءً على ذلك، يتطلب تقليل الوصمة جهودًا متعددة تشمل التعليم والتوعية المجتمعية، بالإضافة إلى تقديم الدعم النفسي والاجتماعي للمرضى. أوضحت العديد من الدراسات أن التدخلات

المبكرة التي تهدف إلى تقليل الوصمة النفسية يمكن أن تؤدي إلى تحسين كبير في استجابة الأفراد للعلاج وزيادة اندماجهم في المجتمع (Corrigan et al., 2014).

تطور اتجاهات دراسي علم النفس نحو المرض النفسي:

في دراسة حديثة أجريت في المملكة العربية السعودية (2023) استهدفت قياس مستوى الوصمة تجاه المرض النفسي لدى 384 من طلاب العلوم الطبية، أظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية بين ارتفاع الدرجة على مقياس الوصمة وبين معاناة الفرد من أعراض نفسية أو وجود قريب له مصاب بمرض نفسي، مما يشير إلى أن الاتصال المباشر بالمرض النفسي قد يؤثر سلبًا على نظرة الفرد تجاه هذا المرض. اللافت في الدراسة هو أن هذه العلاقة استمرت حتى بعد دراسة مقرر الطب النفسي لأفراد العينة، مما يبرز أهمية التعليم المستمر والتجربة العملية في تقليل الوصمة (Almadani et al., 2023).

أما (Sherwood (2019) فقد أجرى دراسة استكشافية حول مستوى الوصمة لدى المهنيين الذين يتعاملون مع المرضى النفسيين، مثل الممرضين، الصيادلة، والأخصائيين الاجتماعيين. أظهرت النتائج أن الوصمة كانت أعلى لدى الصيادلة والممرضين، في حين كانت أقل لدى الأخصائيين الاجتماعيين، مما قد يعكس طبيعة العمل المباشر والمستمر للأخصائيين الاجتماعيين مع المرضى. علاوة على ذلك، لم تسجل الدراسة تغييرًا جوهريًا في مستوى الوصمة بعد إتمام مقرر دراسي حول الوصمة والمرض النفسي، مما يدل على أن التعليم الأكاديمي وحده قد لا يكون كافيًا لتغيير الاتجاهات الراسخة لدى المهنيين.

في دراسة أخرى أجراها (Sandhu et al., 2019) تم مقارنة مستوى الوصمة بين الأطباء النفسيين وطلاب كلية الطب وطلاب الجامعة بشكل عام. شارك في الدراسة 538 مشاركًا من بينهم 38 طبيبًا نفسيًا و118 طالبًا من كلية الطب و382 طالبًا جامعيًا قبل التخرج. أكملت العينة مقياسًا إلكترونيًا حول الانفتاح الذهني لدى مقدمي الرعاية تجاه أمراض مثل الفصام والسكري. أوضحت النتائج أن الأطباء النفسيين كانوا أقل عرضة لمشاعر الوصمة مقارنة بطلاب كلية الطب والطلاب الجامعيين، مما

يعزز الفرضية القائلة بأن الخبرة العملية المباشرة مع المرضى النفسيين تسهم في تقليل الوصمة. كما أظهرت الدراسة وجود ارتباط سلبي بين مستوى الوصمة ومعاناة الفرد من مرض نفسي أو وجود علاقة قريبة مع شخص مصاب بمرض نفسي، مما يدعم النظرية التي تشير إلى أن التعرض المباشر للمرضى النفسيين يزيد من التعاطف ويقلل من التصورات السلبية تجاه المرض النفسي.

كما أجرى (Chang et al., 2017) دراسة في سنغافورة استهدفت تقييم الوصمة تجاه المرض النفسي بين طلاب كلية الطب والتمريض. أظهرت النتائج اتجاهات إيجابية عامة حول أهمية السعي لطلب العلاج من الأمراض النفسية، إلا أن عددًا كبيرًا من الطلاب فضلوا عدم الإفصاح عن إصابتهم بمرض نفسي للمحيطين بهم، مما يعكس استمرار تأثير الوصمة في قرارات الأفراد المتعلقة بالإفصاح والبحث عن الدعم. وفي مراجعة للبحوث المتعلقة بالوصمة تجاه المرض النفسي، أجرت Suwalska et al., (2016) دراسة شاملة لتحليل التراث الأدبي حول الاتجاهات نحو المرض النفسي مقارنة بالأمراض البدنية. كشفت المراجعة أن مشاعر الوصمة تتأثر بوجود مرض نفسي لدى الشخص أو لدى أحد أقاربه، وأن الطلاب الذين يدرسون العلوم الطبية كانوا أقل عرضة للوصمة مقارنة بالآخرين. كما أظهرت الدراسة أن الذكور أبدوا مستويات أعلى من مشاعر الوصمة مقارنة بالإناث، مشيرة إلى أن المعرفة العميقة حول المرض النفسي قد تسهم في تقليل الوصمة، خاصة بين المهنيين الطبيين.

في كندا، أجرى (Dabby et al., 2015) دراسة حول الاتجاهات الصريحة والضمنية تجاه المرض النفسي لدى الأطباء النفسيين. شارك في الدراسة 35 طبيبًا نفسيًا مقيمًا و68 طبيبًا نفسيًا من الخريجين. أظهرت النتائج أن الأطباء النفسيين يميلون إلى تجنب المشاركة الاجتماعية مع مرضى الفصام، لكنهم أبدوا اتجاهات أكثر تعاطفًا وانفتاحًا تجاه المرضى مقارنة بأطباء غير متخصصين في الطب النفسي. علاوة على ذلك، تبين أن وجود خبرة مباشرة مع المرضى النفسيين كان مرتبطًا بانخفاض مستوى الوصمة الضمنية.

وفي سياق مشابه، أجرى (Kopera et al., 2015) دراسة حول الاتجاهات الصريحة والضمنية تجاه المرض النفسي لدى طلاب كلية الطب، حيث تمت مقارنة المهنيين الذين لا يملكون خبرة في التعامل مع المرضى النفسيين مع أولئك الذين لديهم خبرة تتجاوز العامين. أظهرت النتائج أن المهنيين في مجال الصحة النفسية الذين لديهم خبرة أكبر في التعامل مع المرضى النفسيين أظهروا مشاعر اقتراب أكبر تجاه المرضى النفسيين، وقلّت لديهم مشاعر التمييز ضدهم. مع ذلك، لاحظت الدراسة أن المشاعر السلبية الضمنية تجاه المرضى النفسيين لم تتغير بالضرورة مع زيادة الخبرة المهنية، مما يشير إلى أن هذه التصورات الضمنية قد تكون أكثر رسوخًا وتحتاج إلى تدخلات مستدامة للتغيير.

أخيرًا، أظهرت دراسة (Economou et al., 2012) أن الطلاب الذين تلقوا تدريبًا أكاديميًا في الطب النفسي أبدوا انخفاضًا ملحوظًا في مستوى الوصمة مقارنةً بزملائهم الذين لم يتلقوا مثل هذا التدريب، مما يؤكد دور التعليم الأكاديمي والتدريب العملي في تحسين التصورات تجاه المرض النفسي.

تأثير الوصمة على مقدمي الخدمات النفسية

رغم أن المتخصصين في مجال الصحة النفسية يُفترض أنهم الأكثر وعيًا وتفهمًا لظروف المرضى النفسيين فإن الأدبيات العلمية تشير إلى أن هؤلاء المتخصصين قد يكونون عرضة للوصمة الاجتماعية والذاتية، تمامًا مثل غيرهم من أفراد المجتمع؛ أشار (Schulze 2007) إلى أن العلاقة بين مقدمي الخدمات النفسية والوصمة ليست دائمًا خالية من التعقيد؛ إذ يحتفظ العديد من الأخصائيين النفسيين، على الرغم من معرفتهم العلمية العميقة حول المرض النفسي، باتجاهات سلبية تجاه المرضى. هذا التناقض يبرز طبيعة الوصمة كظاهرة معقدة لا تقتصر على عامة الناس فقط، بل قد تستمر حتى بين أولئك الذين يمتلكون المعرفة العلمية والخبرة العملية في التعامل مع الأمراض النفسية.

وتدعم هذه الفرضية دراسة (Wahl & Aroesty-Cohen 2010) التي أظهرت أن مقدمي الخدمات النفسية، رغم أنهم أظهروا مواقف أكثر إيجابية مقارنة بعامة الناس

فيما يتعلق بالمرض النفسي، إلا أن تلك الاتجاهات لم تكن خالية تمامًا من الوصمة. وأوضحت الدراسة أن الوصمة النفسية ليست مجرد مسألة معرفة علمية، بل تتأثر بالثقافة والعوامل النفسية العميقة. هذا يؤكد أن التعامل مع الوصمة لا يعتمد فقط على المعرفة العلمية أو التدريب الأكاديمي، وإنما يتطلب نهجًا متكاملًا يتعامل مع المفاهيم الثقافية والاجتماعية.

التعليم والتدريب كعاملين في تقليل الوصمة:

تُعد عملية التعليم والتدريب الأكاديمي في مجال الصحة النفسية أحد الأدوات المهمة في تقليل الوصمة المرتبطة بالمرض النفسي. فقد أظهرت دراسة Economou et al., (2012) أن الطلاب الذين تلقوا تدريبًا أكاديميًا في الطب النفسي، أو تخصصات ذات صلة بالصحة النفسية، أظهروا انخفاضًا ملحوظًا في مستويات الوصمة تجاه المرضى النفسيين. هذه النتائج تشير إلى أن التعليم الموجه والتدريب العلمي يمكن أن يساهما في تقليل الأفكار النمطية والمعتقدات السلبية التي يحملها الأفراد تجاه المرض النفسي.

ومع ذلك، فإن تأثير التعليم الأكاديمي ليس دائمًا واضحًا أو متساويًا بين جميع الطلاب. كما أوضحت بعض الدراسات، العلاقة بين عدد سنوات دراسة علم النفس ومستويات الوصمة ليست دائمًا مباشرة؛ إذ قد تعتمد النتائج على جودة التعليم ونوعية التجارب العملية التي يخضع لها الطلاب خلال فترة دراستهم (Sandhu et al., 2019) فالتعليم الذي يعتمد على التفاعل المباشر مع المرضى النفسيين، إلى جانب التدريب العملي، قد يؤدي دورًا أكبر في تقليل الوصمة مقارنة بالتعليم النظري فقط.

أثر التجارب العملية على مواقف الطلاب:

توجد إشارات في التراث إلى أن الطلاب في السنوات الأولى من دراستهم قد يحملون تصورات نمطية وسلبية أكثر تجاه المرض النفسي؛ على سبيل المثال، أظهرت دراسة (Chang et al., 2017) أن طلاب كلية الطب والتمريض الذين لم يتعرضوا لتجارب مباشرة مع المرضى النفسيين أظهروا مستويات أعلى من الوصمة مقارنةً بزملائهم الذين شاركوا في أنشطة عملية مع المرضى. ومن المثير للاهتمام أن هذه

التصورات السلبية تبدأ في التلاشي تدريجيًا مع التقدم في الدراسة والتفاعل المباشر مع المرضى.

التعرض المباشر للمرضى النفسيين أثناء الدراسة يؤدي دورًا حاسمًا في تغيير التصورات السلبية؛ وفقًا لـ (Sherwood 2019)، فإن مقدمي الخدمات النفسية الذين يتلقون تدريبًا عمليًا مكثفًا يظهرون تحسنًا ملحوظًا في فهمهم للمشكلات النفسية ويتخلصون من بعض المفاهيم الخاطئة التي قد تؤثر على تقديم الرعاية. هذه الدراسة وغيرها تشير إلى أن التدريب العملي، خاصة في سياق التعليم الطبي أو النفسي، هو أداة فعالة في تقليل الوصمة وتغيير الاتجاهات السلبية تجاه المرضى.

الحاجة إلى مزيد من البحث لفهم تأثير الوصمة على مقدمي الخدمات النفسية:

رغم الجهود الأكاديمية المتزايدة لفهم تأثير التعليم والتدريب على تقليل الوصمة بين مقدمي الخدمات النفسية، فإن هناك حاجة إلى مزيد من البحث لفهم كيفية تأثير التجارب الأكاديمية المختلفة على مواقف هؤلاء المهنيين. على سبيل المثال، قد تختلف تأثيرات الوصمة بناءً على نوعية التعليم الأكاديمي أو مستوى الخبرة العملية التي يحصل عليها الطلاب خلال دراستهم. هذا ما أكدته (Dabby et al., 2015)؛ حيث أظهرت الدراسة أن الخبرة المباشرة مع المرضى النفسيين تؤدي إلى انخفاض مستويات الوصمة الضمنية، ولكنها قد لا تؤثر بالضرورة على المشاعر الصريحة تجاه المرضى.

كما أوضحت نتائج بعض الدراسات أن التقدم في الدراسة الأكاديمية يساهم في تقليل الوصمة، لكن لا تزال هناك تحديات تتعلق بفهم كيفية تأثير السنوات الأكاديمية المختلفة على الاتجاهات والمواقف تجاه المرض النفسي. على سبيل المثال، الطلاب في السنوات الأولى من دراستهم قد يتأثرون بشكل أكبر بالمفاهيم النمطية السائدة في المجتمع، بينما يبدأ هؤلاء الطلاب في التخلص من هذه التصورات مع التقدم في الدراسة واكتساب المزيد من المعرفة والخبرة العملية (Suwalska et al., 2016).

ويتضح مما سبق أن الأدبيات أشارت إلى أن الوصمة المرتبطة بالمرض النفسي لا تزال تؤثر على مقدمي الخدمات النفسية، رغم معرفتهم العلمية وخبرتهم العملية. ورغم

أن التعليم والتدريب يمكن أن يساهما في تقليل هذه الوصمة، فإن التأثير يعتمد بشكل كبير على نوعية التعليم والتدريب الذي يتلقاه الأفراد، وكذلك على التجارب العملية التي يتعرضون لها خلال فترة دراستهم أو عملهم. تشير الدراسات إلى أن الوصمة قد تكون عميقة الجذور في المجتمع والثقافة، مما يجعل من الضروري اعتماد استراتيجيات شاملة ومتعددة الأبعاد لمكافحتها.

الوصمة الذاتية والأعراض النفسية لدى المتخصصين

تُعد الوصمة الذاتية واحدة من أكبر التحديات التي تواجه الأخصائيين النفسيين والمتخصصين في مجال الصحة النفسية، لا سيما أولئك الذين يعانون من أعراض نفسية مثل الاكتئاب أو القلق. هذه الوصمة تتجسد في استدماج هؤلاء الأخصائيين للأفكار والمعتقدات السلبية المتعلقة بالمرض النفسي، حتى عندما يكونون على دراية كبيرة بطبيعة هذه الأمراض ومدى تأثيرها على حياة المرضى. أظهرت نتائج دراسة Tay et al.,(2018) أن الأخصائيين النفسيين الذين يعانون من أعراض نفسية كانوا أكثر عرضة للوصمة الذاتية مقارنة بزملائهم الذين لا يعانون من هذه الأعراض. ما يجعل هذه المشكلة أكثر تعقيدًا هو أن هؤلاء الأخصائيين يتعرضون للوصمة التي يسعون لمحاربتها لدى مرضاهم، مما يخلق لديهم تحديًا مزدوجًا يتمثل في التعامل مع أعراضهم النفسية والوصمة المصاحبة لها.

ووفقًا لتقرير نشرته Suwalska et al.,(2017) حول الوصمة الذاتية لدى طلاب كلية الطب الذين يعانون من الاكتئاب، أظهرت النتائج أن ما بين 14% إلى 30% من أفراد العينة المشاركة في الدراسة يعانون من الاكتئاب. وعلى الرغم من أن هؤلاء الطلاب كانوا قادرين على طلب العلاج، إلا أنهم كانوا يترددون في القيام بذلك بشكل أكبر من الجمهور العام. أظهرت الدراسة أن التردد في طلب العلاج قد يكون له عواقب سلبية ليس فقط على الحياة الشخصية للفرد، بل أيضًا على حياته المهنية. هذا التردد قد يؤثر بشكل مباشر على قدرة الأخصائي النفسي على تقديم الرعاية الفعالة لمرضاه، حيث يمكن أن يكون لهذا التردد تأثيرات سلبية على طريقة إدارة الحالات المرضية التي يتعامل معها الأخصائي.

تأثير الوصمة الذاتية على طلب المساعدة:

تُظهر الأدبيات أن الوصمة الذاتية قد تؤدي إلى عواقب نفسية خطيرة، بما في ذلك تردد الأخصائيين النفسيين في طلب المساعدة أو الاعتراف بأنهم يحتاجون إلى دعم نفسي. في العديد من الحالات، يتجنب هؤلاء المتخصصون البحث عن العلاج خوفاً من أن يتم الحكم عليهم من قبل زملائهم أو المجتمع الأوسع. هذا القلق من الوصمة المهنية يمكن أن يزيد من حدة الأعراض النفسية التي يعانون منها، مما يؤدي إلى تفاقم حالتهم ويجعل من الصعب عليهم التعافي أو التعامل مع أعراضهم بشكل فعال. أكدت دراسة (Wahl & Aroesty- Cohen (2010) أن الوصمة الذاتية بين مقدمي الخدمات النفسية قد تكون خطيرة حقاً، خاصة عندما يؤدي الخوف من الحكم السلبي إلى تأجيل أو تجنب طلب العلاج.

أثر الأعراض النفسية على الوصمة الذاتية لدى دارسي علم النفس:

من المؤكد أن وجود أعراض نفسية لدى دارسي علم النفس يزيد من احتمالية تطويرهم للوصمة الذاتية. فالأفراد الذين يعانون من أعراض مثل القلق أو الاكتئاب قد يكونون أكثر عرضة لاستدماج التصورات السلبية حول المرض النفسي وتطبيقها على أنفسهم. هذا الاستدماج قد يؤدي إلى انخفاض تقدير الذات والشعور بالخجل والعار. أظهرت دراسة (Tay et al., (2018 أن الطلاب والمتخصصين الذين يعانون من أعراض نفسية كانوا أكثر عرضة للوصمة الذاتية مقارنة بزملائهم الذين لم يعانون من هذه الأعراض. هذه الوصمة الذاتية تؤدي في النهاية إلى زيادة تعقيد حالة الأفراد النفسية، حيث يعيق ذلك قدرتهم على طلب المساعدة أو التحدث عن مشكلاتهم النفسية بشكل صريح.

شدة الأعراض النفسية وعلاقتها بالوصمة الذاتية:

أن شدة الأعراض النفسية تؤدي دوراً حاسماً في تعزيز الوصمة الذاتية. فكلما كانت الأعراض أكثر شدة، ازدادت احتمالية استدماج الأفراد للأفكار السلبية عن حالتهم. هذا يعني أن الأفراد الذين يعانون من أعراض نفسية شديدة قد يكونون أكثر عرضة لتطوير مستويات عالية من الوصمة الذاتية، مما يؤدي إلى تفاقم حالتهم

النفسية بشكل عام. في هذا السياق، أوضحت دراسة (Suwalska et al., 2017) أن الطلاب الذين يعانون من أعراض اكتئابية شديدة كانوا أكثر ترددًا في طلب العلاج مقارنة بأولئك الذين يعانون من أعراض خفيفة. هذه النتائج تسلط الضوء على الحاجة الماسة لتوفير دعم نفسي مستمر لدارسي علم النفس والأخصائيين في هذا المجال.

أهمية الدعم النفسي لمكافحة الوصمة الذاتية:

من الضروري توفير الدعم النفسي المستمر للطلاب والمتخصصين في مجال علم النفس، لضمان أنهم قادرون على التعامل مع التحديات النفسية التي يواجهونها. يمكن أن يشمل هذا الدعم توفير جلسات توعية وتدريب على إدارة الضغوط النفسية وكيفية التعامل مع الوصمة الذاتية. بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن تساعد استراتيجيات مثل العلاج النفسي الفردي أو الجماعي في تقليل الوصمة الذاتية وتسهيل طلب المساعدة في حالة الحاجة.

دعم الأخصائيين النفسيين ودارسي علم النفس من خلال بيئات عمل وتعليم خالية من الحكم السلبي هو أمر بالغ الأهمية لضمان قدرتهم على تقديم الرعاية النفسية المثلى لمرضاهم، وكذلك لضمان صحة نفسية متوازنة لهم شخصيًا. إذا تم تقليل الوصمة الذاتية وتوفير بيئات داعمة، فإن الأخصائيين سيكونون قادرين على طلب المساعدة في الوقت المناسب، مما سيؤثر بشكل إيجابي على كل من حياتهم الشخصية والمهنية.

مما سبق يتضح أن الوصمة الذاتية تشكل تحديًا كبيرًا للأخصائيين النفسيين ودارسي علم النفس الذين يعانون من أعراض نفسية. تؤثر الوصمة الذاتية بشكل مباشر على قدرة هؤلاء الأفراد على طلب المساعدة والتعافي من أعراضهم النفسية، مما يؤدي إلى تأثيرات سلبية على حياتهم المهنية والشخصية. ومع ذلك، فإن توفير الدعم النفسي المناسب وتقديم بيئات خالية من الحكم السلبي يمكن أن يساهم في تقليل الوصمة الذاتية وتحسين صحتهم النفسية.

يتضح من خلال استعراض التراث النفسي والدراسات السابقة بصفة عامة أن الوصمة المرتبطة بالمرض النفسي، سواء كانت اجتماعية أو ذاتية، تعدّ من التحديات

الكبيرة التي تؤثر على الأفراد، بمن فيهم المتخصصون في مجال الصحة النفسية ودارسو علم النفس. تُعدّ الوصمة النفسية ظاهرة معقدة لها جذور ثقافية واجتماعية عميقة، مما يجعلها مقاومة للتغيير حتى لدى الأفراد الذين يمتلكون معرفة علمية أو خبرة عملية في التعامل مع الأمراض النفسية. هذا التناقض بين المعرفة والممارسة العملية يبرز بشكل واضح في الدراسات التي تناولت مواقف الأخصائيين النفسيين تجاه المرض النفسي، حيث أظهرت أن هؤلاء المتخصصين، رغم وعيهم الكبير بآثار الوصمة، ما زالوا يعانون من بعض التصورات السلبية حول المرض النفسي.

في هذا السياق، يُسلط البحث الحالي الضوء على ثلاثة محاور رئيسية:

1. أثر الوصمة الذاتية على الأخصائيين النفسيين الذين يعانون من أعراض نفسية، وكيفية تأثير هذه الوصمة على قدرتهم على طلب المساعدة والتعامل مع مرضاهم.

2. دور التعليم الأكاديمي والتدريب العملي في تقليل الوصمة النفسية بين الطلاب والمتخصصين في مجال الصحة النفسية، مع التركيز على ضرورة توفير بيئات تعليمية وعملية داعمة تساهم في تعزيز الفهم الإيجابي للمرض النفسي.

3. تأثير الأعراض النفسية على مستوى الوصمة الذاتية لدى دارسي علم النفس، وكيفية تصاعد هذه الوصمة مع زيادة شدة الأعراض النفسية.

المنطق الذي يقوم عليه هذا البحث يتجلى في أن المعرفة العلمية وحدها لا تكفي لتغيير الاتجاهات السلبية تجاه المرض النفسي؛ بل إن التجارب العملية والتعرض المباشر للمرضى النفسيين، إلى جانب الدعم النفسي المستمر، هما عنصران حاسمان في تقليل الوصمة وتعزيز الاتجاهات الإيجابية. بالإضافة إلى ذلك، فإن البحث يسعى لفهم العلاقة المعقدة بين شدة الأعراض النفسية والوصمة الذاتية لدى دارسي علم النفس والمتخصصين في هذا المجال، مما يفتح المجال أمام وضع استراتيجيات تدخل فعالة تساهم في تحسين الصحة النفسية لهذه الفئة وتقليل الوصمة التي قد تعيق أداءهم المهني والشخصي.

أخيراً، يهدف البحث إلى سد الفجوة المعرفية حول تأثير الوصمة النفسية على المتخصصين في الصحة النفسية ودارسي علم النفس، خاصة في المجتمعات التي تظل فيها الوصمة تجاه المرض النفسي قوية ومؤثرة. يتطلب التعامل مع هذه القضية تكاملاً بين الجهود الأكاديمية والمهنية، من خلال التركيز على أهمية التعليم والتدريب، إلى جانب توفير بيئات دعم نفسي فعالة تساعد على مواجهة التحديات النفسية بعيداً عن الوصمة والتمييز.

منهج البحث وإجراءاته:

يُعد المنهج الوصفي هو المنهج الأساسي الذي تم اعتماده في هذا البحث، وذلك لدراسة العلاقة بين المتغيرات المختلفة وتحليل تأثيراتها، مع محاولة استكشاف العلاقات التنبؤية بين تلك المتغيرات. يتيح المنهج الوصفي القدرة على توصيف الظواهر بدقة، ومن ثم تفسير العلاقات المتبادلة بين المتغيرات المستقلة والتابعة بشكل معمق، مما يمكن الباحث من فهم أعمق للمسارات التنبؤية التي قد توجد بين متغيرات البحث.

تصميم البحث:

تم تصميم البحث على أساس منهج وصفي تحليلي كمي، بهدف استكشاف العلاقة بين مستوى الوصمة الاجتماعية والذاتية المرتبطة بالمرض النفسي وبين المتغيرات الديموجرافية والتعليمية للأفراد، مثل سنوات دراسة علم النفس والأعراض النفسية التي قد يعاني منها الأفراد. يعمل هذا المنهج على توصيف الظاهرة من خلال جمع البيانات حول الوصمة وتقديم تفسيرات إحصائية للعلاقات القائمة بينها وبين المتغيرات الأخرى.

عينة الدراسة :

تكونت العينة من 724 شخصاً ، تم تقسيمهم وفقاً لمتغيرات ديموجرافية متعددة لضمان تمثيل شامل للمجتمع المدروس. وقد اشتملت العينة على أفراد من الذكور والإناث ممن تراوحت أعمارهم بين 17 إلى 45 عاماً، وجميعهم يدرسون علم النفس في مؤسسات تعليمية مختلفة داخل الثقافة العربية. تم تقسيم العينة إلى ثلاث فئات وفقاً

لعدد سنوات دراستهم لعلم النفس، مما يتيح الفرصة لمقارنة تأثير عدد سنوات الدراسة على مستوى الوصمة المرتبطة بالمرض النفسي، وتم تقسيم العينة كالتالي:

1. **الفئة الأولى:** تتألف من الأفراد الذين تتراوح سنوات دراستهم لعلم النفس بين عام إلى ثلاثة أعوام. هذه الفئة تمثل الطلاب في بداية مشوارهم الأكاديمي، والذين لم يكتسبوا خبرة كبيرة بعد في مجال علم النفس أو التعرض المباشر للحالات النفسية.

2. **الفئة الثانية:** تشمل الأفراد الذين تتراوح سنوات دراستهم لعلم النفس بين 4 إلى 11 عامًا. هذه الفئة تمثل الطلاب الذين يمتلكون مستوى أكبر من الخبرة الأكاديمية والعملية، وقد يكون لديهم تفاعل مباشر مع الحالات النفسية، سواء من خلال التدريب العملي أو المواد الأكاديمية المتقدمة.

3. **الفئة الثالثة:** تتألف من الأفراد الذين تجاوزت سنوات دراستهم لعلم النفس 11 عامًا. هذه الفئة تشمل المتخصصين في مجال علم النفس الذين يعملون في المجال بالفعل، وبالتالي من المتوقع أن يكون لديهم مستوى أعلى من الخبرة والتعرض المباشر للحالات النفسية المعقدة.

الأدوات:

مقياس المسح الشامل للأعراض النفسية

المقياس المستخدم في هذه الدراسة هو مقياس مشتق من "المقابلة الإكلينيكية لتشخيص الاضطرابات النفسية" (شليبي وآخرين، 2022). ويهدف المقياس إلى تقييم الأعراض النفسية التي قد يعاني منها الأفراد في السنة الأخيرة من حياتهم. تم اختيار هذا المقياس نظرًا لقدرته على تقديم صورة شاملة عن الأعراض النفسية المختلفة التي يعاني منها الأفراد، بما في ذلك اضطرابات الخوف، الوسواس القهري، القلق، سوء استخدام المواد، والعديد من الأعراض النفسية الأخرى.

وصف المقياس: يتكون المقياس من 12 بندًا، حيث يتم من خلاله الاستفسار عن مجموعة من الأعراض النفسية التي قد ظهرت على الفرد خلال السنة الأخيرة. تشمل هذه الأعراض مجالات متعددة من الاضطرابات النفسية، مثل:

- أعراض الخوف (كالخوف المرضي من الأماكن أو المواقف).
 - الوسواس القهري (كالأفكار المتكررة أو التصرفات القهرية).
 - القلق العام.
 - سوء استخدام المواد (مثل الإدمان أو التبعية على المواد المؤثرة نفسياً).
- تم تصميم البنود بطريقة واضحة ومباشرة، بحيث يُطلب من المشاركين التعبير عن تجربتهم مع هذه الأعراض خلال السنة الأخيرة.

الاستجابة للمقياس: تم تقديم المقياس في صورة إلكترونية، مما يتيح للمشاركين الإجابة عليه بسهولة من خلال أجهزتهم الذكية أو الحواسيب. يعتمد المقياس على مقياس ليكرت يتراوح بين خمسة مستويات:

1. لا تنطبق أبداً = 1
2. تنطبق بدرجة قليلة = 2
3. تنطبق بدرجة متوسطة = 3
4. تنطبق بدرجة كبيرة = 4
5. تنطبق بدرجة كبيرة جداً = 5

يُطلب من المشاركين اختيار الدرجة التي تعكس مدى تطابق الأعراض مع تجربتهم الشخصية في السنة الماضية. هذا التصنيف يتيح للمقياس قياس شدة الأعراض لدى الأفراد بدقة.

حساب الدرجة على مقياس المسح الشامل للأعراض: يتم حساب الدرجة الإجمالية للمقياس من خلال جمع الدرجات على البنود الـ 12 بطريقة جبرية. تشير الدرجات المرتفعة إلى ارتفاع عدد وشدة الأعراض النفسية لدى الفرد، مما يُعطي مؤشراً أولياً لوجود مشكلات نفسية محتملة. يتم استخدام الدرجة النهائية كمؤشر مهم في البحث لتحديد الأفراد الذين يعانون من مستويات عالية من الأعراض النفسية.

هذا المقياس يعد أداة أساسية في البحث لقياس انتشار الأعراض النفسية ومدى شدة هذه الأعراض لدى أفراد العينة. ويتضح فيما يلي الخصائص السيكومترية لمقياس المسح الشامل للأعراض كما حسبت في الدراسة الراهنة.

الخصائص السيكومترية لمقياس مسح الأعراض النفسية:

الاتساق الداخلي لمقياس مسح الأعراض النفسية

تم حساب الاتساق الداخلي لمقياس مسح الأعراض النفسية باستخدام علاقة البند بالدرجة الكلية للمقياس. ويتم اعتماد البند على أساس محك العلاقة التي تُقدَّر بـ 0.3 فأكثر. ويوضح الجدول (1) نتائج تطبيق هذا الإجراء.

جدول (1). علاقة البند بالدرجة الكلية لمقياس مسح الأعراض النفسية.

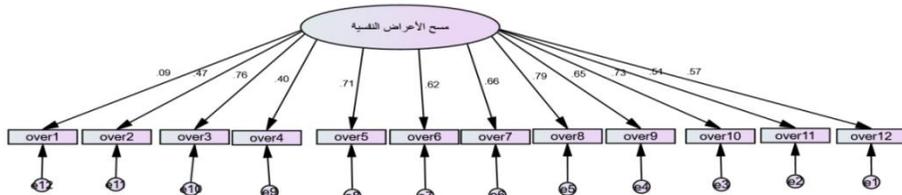
رقم البند	علاقة البند بالدرجة الكلية للمقياس
1	0,2
2	,555
3	,772
4	,461
5	,728
6	,651
7	,692
8	,791
9	,698
10	,761
11	,589
12	,632

وتكشف التحليلات التي يحتوي عليها الجدول (1) عن وجود درجة عالية من الاتساق الداخلي لمقياس مسح الأعراض النفسية ما عدا البند الأول.

صدق الاختبار لمقياس مسح الأعراض النفسية

حُسب الصدق البنائي لمقياس مسح الأعراض النفسية باستخدام التحليل العاملي التوكيدي، ولتنفيذ إجراءات التحليل العاملي التوكيدي استخدمت الباحثة حزمة البرامج الإحصائية المعروفة باسم أموس AMOS إصدار 24، للتأكد من جودة مطابقة بنود

المقياس لمكون مسح الأعراض النفسية. ويعرض جدول (2) الأوزان الانحدارية المعيارية للبنود والدلالة المعنوية، والمتضمنة في الشكل رقم (1) للنموذج المقترح.



شكل (1) النموذج التوكيدي المقترح للمقياس
جدول(2) الأوزان الانحدارية المعيارية وودالاتها لبنود المقياس

رقم البند	الوزن الانحداري	الدلالة
1	,094	,05
2	,470	,001
3	,759	,001
4	,396	,001
5	,713	,001
6	,619	,001
7	,660	,001
8	,790	,001
9	,650	,001
10	,735	,001
11	,514	,001
12	,571	,001

ويلاحظ من الجدول (2) أن جميع الأوزان الانحدارية عالية الدلالة لجميع البنود المكونة لمفهوم مسح الأعراض النفسية ما عدا البند الأول ومما يزيد هذه النتائج تأييداً، ما يتبين من خلال الجدول (3)، من أن جميع مؤشرات جودة المطابقة تتجاوز حاجز الـ 0.90، وأن الخطأ المحتمل في مواجهة هذه المؤشرات لم يتجاوز الـ 0.02.

جدول (3). مؤشرات جودة المطابقة لمقياس مسح الأعراض النفسية .

المؤشر	قيمة المؤشر	القيمة المرجعية
مؤشر جودة المطابقة المعدل GFI	,936	,90 فأكثر
مؤشر جودة المطابقة المعياري NFI	,911	,90 فأكثر
مؤشر جودة المطابقة المقارن CFI	,927	,90 فأكثر
مؤشر الجذر التربيعي لمتوسط خطأ التقدير Rmse	,074	,08 فأقل
مؤشر توكر - لويس TLI	,911	,90 فأكثر

يتضح من الجدول (3) أن النموذج القياسي للمقياس له مؤشرات جودة جيدة، ويطابق بيانات عينة الدراسة الحالية، ويؤكد على مطابقة النموذج العديد من المؤشرات التي في ضوءها يتم قبول النموذج أو رفضه وهي مؤشرات جودة المطابقة؛ مؤشر جودة المطابقة GFI، ومؤشر المطابقة المقارن NFI، ومؤشر جودة المقارنة CFI ومؤشر توكر لويس TLI وجميعها قيم مرتفعة بحيث تقترب من 1 صحيح (تقع في المدى المثالي) ، مما يدل على مطابقة النموذج المفترض مع بيانات العينة الحالية، بالإضافة إلى مؤشر خطأ التقريب إلى متوسط المربعات RMSEA والتي اقتربت قيمتها من الصفر.

وهذه المؤشرات تؤيد جودة أو تجانس بنود المقياس في التعبير عن مكون مسح الأعراض النفسية ومن ثم، يمكننا اعتبار البنود المقترحة للاختبار تقيس الأعراض النفسية، وتعد هذه المؤشرات كافية لتأكيد أن الاختبار يتمتع بصدق تكوين جيد.

ثبات اختبار مسح الأعراض النفسية

حُسب ثبات اختبار مسح الأعراض النفسية باستخدام معامل ألفا لكرونباخ والتجزئة النصفية ، كما يبين الجدول رقم (4).

جدول (4). معاملات ثبات مقياس مسح الأعراض النفسية.

المتغير	ألفاكرونباخ	التجزئة النصفية
مسح الأعراض النفسية	,871	,856

وبالنظر إلى الجدول رقم (4) ، يتبين أن معاملات الثبات للمقياس مرتفعة بطريقتي ألفاكرونباخ والتجزئة النصفية ، وهذا يعني أن قياسنا للأعراض النفسية يعد متحرراً من الخطأ الى حد كبير. وبناءً على هذا، فإن القيم التي يتم الحصول عليها باستخدام هذا الاختبار تعد قابلة للتعميم، لأنها تتجاوز مجرد حدوثها النوعي في الظاهرة.

مقياس اعراض الاكتئاب:

وصف المقياس : يُعد مقياس أعراض الاكتئاب المشتق من "المقابلة الإكلينيكية لتشخيص الاضطرابات النفسية" (شليبي وآخرون، 2022) أداة تشخيصية تهدف إلى تقييم الأعراض المتعلقة باضطراب الاكتئاب الأساسي بناءً على المعايير المعتمدة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5-TR) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي. يتكون المقياس من 17 بنداً تركز على الأعراض الشائعة للاكتئاب مثل الحزن المستمر، فقدان الاهتمام أو الاستمتاع بالأنشطة، الشعور بالذنب أو انعدام القيمة، اضطرابات النوم والشهية، التفكير في الموت أو الانتحار، والتعبير عن اليأس.

هذا المقياس يُعد امتداداً وتحديثاً للمقابلة الإكلينيكية التقليدية المستخدمة في مواقع العمل الإكلينيكي لتشخيص الاكتئاب والاضطرابات النفسية الأخرى، حيث تم تطويره وتحسينه بناءً على التعديلات التي جاءت مع إصدار DSM-5-TR. يُستخدم المقياس بشكل موسع في الأبحاث النفسية والتشخيص العيادي، وقد تم التحقق من صدقه وثباته من خلال العديد من الدراسات (أماني خالد، 2024؛ هناء كارم، 2021؛ شليبي وآخرين، 2013).

الاستجابة على المقياس: تم تقديم الاستبيان في صورة إلكترونية، مما يتيح للمشاركين الإجابة بسهولة عبر الإنترنت. يُطلب من المشاركين تقييم مدى تطابق الأعراض مع تجربتهم الشخصية على مقياس ليكرت المكون من خمس درجات:

1. لا تنطبق أبداً = 1
2. تنطبق بدرجة قليلة = 2
3. تنطبق بدرجة متوسطة = 3
4. تنطبق بدرجة كبيرة = 4
5. تنطبق بدرجة كبيرة جداً = 5

يعكس هذا التدرج مستوى شدة الأعراض، مما يُمكن من قياس دقيق لمدى تأثير الاكتئاب على حياة الأفراد.

حساب الدرجة على المقياس: تُحسب الدرجة الإجمالية للمقياس من خلال جمع الدرجات على البنود الـ 17 جمعاً جبرياً. تشير الدرجات المرتفعة إلى زيادة عدد وشدة الأعراض الاكتئابية لدى المستجيب. تمثل هذه الدرجات مؤشراً أساسياً على وجود اضطراب اكتئابي محتمل، حيث يمكن استخدام هذه النتيجة كأداة تشخيص أولية لتحديد الأفراد الذين قد يحتاجون إلى متابعة علاجية أو استشارة نفسية.

يعد هذا المقياس أداة تشخيصية موثوقة لتقييم مستوى الاكتئاب بين المشاركين، ويستخدم في إطار البحث لقياس العلاقة بين الأعراض النفسية ومستوى الوصمة الذاتية بين الأفراد الذين يدرسون علم النفس أو يعملون في مجال الصحة النفسية.

الخصائص السيكومترية لمقياس الاكتئاب

الاتساق الداخلي لمقياس الاكتئاب

تم حساب الاتساق الداخلي للمقياس باستخدام علاقة البند بالدرجة الكلية للمقياس. ويتم اعتماد البند على أساس محك العلاقة التي تُقدَّر بـ 0.3 فأكثر. ويوضح الجدول (5) نتائج تطبيق هذا الإجراء.

جدول (5). علاقة البند بالدرجة الكلية للمقياس.

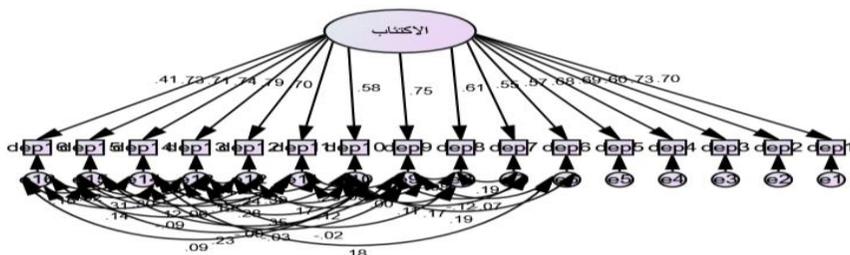
رقم البند	علاقة البند بالدرجة الكلية للمقياس
1	,409
2	,391
3	,300
4	,327
5	,341
6	,496
7	,467
8	,433
9	,426
10	,537
11	,543
12	,620
13	,596
14	,572
15	,307
16	,688
17	,758

وتكشف التحليلات التي يحتوي عليها الجدول (5) عن وجود درجة عالية من الاتساق الداخلي لبنود مقياس الاكتئاب.

صدق مقياس الاكتئاب

حُسب الصدق البنائي لمقياس الاكتئاب باستخدام التحليل العاملي التوكيدي، ولتنفيذ إجراءات التحليل العاملي التوكيدي استخدمت الباحثة حزمة البرامج الإحصائية المعروفة باسم أموس AMOS اصدار 24، للتأكد من جودة مطابقة بنود المقياس

لمكون الاكثاب. ويعرض جدول (6) الأوزان الانحدارية المعيارية للبنود والدلالة المعنوية، والمتضمنة في الشكل رقم (2) للنموذج المقترح.



الشكل (2) النموذج التوكيدي المقترح لمقياس الاكثاب

جدول(6) الأوزان الانحدارية المعيارية وودالاتها لبنود مقياس الاكثاب

رقم البند	الوزن الانحداري	الدلالة
1	,685	,001
2	,731	,001
3	,593	,001
4	,692	,001
5	,674	,001
6	,557	,001
7	,532	,001
8	,607	,001
9	,755	,001
10	,589	,001
11	,715	,001
12	,802	,001
13	,752	,001
14	,712	,001
15	,736	,001
16	,406	,001
17	,750	,001

ويلاحظ من الجدول (6) أن جميع الأوزان الانحدارية عالية الدلالة لجميع البنود المكونة لمفهوم الاكتئاب.

ومما يزيد هذه النتائج تأييداً، ما يتبين من خلال الجدول (7)، من أن جميع مؤشرات جودة المطابقة تتجاوز حاجز الـ 0.90، وأن الخطأ المحتمل في مواجهة هذه المؤشرات لم يتجاوز الـ 0.02.

جدول (7). مؤشرات جودة المطابقة للمقياس.

المؤشر	قيمة المؤشر	القيمة المرجعية
مؤشر جودة المطابقة المعدل GFI	,933	90، فأكثر
مؤشر جودة المطابقة المعياري NFI	,940	90، فأكثر
مؤشر جودة المطابقة المقارن CFI	,951	90، فأكثر
مؤشر الجذر التربيعي لمتوسط خطأ التقدير Rmse	,073	08، فأقل
مؤشر توكر - لويس TLI	,923	90، فأكثر

يتضح من الجدول (7) أن النموذج القياسي لمقياس الاكتئاب له مؤشرات جودة جيدة، ويطابق بيانات عينة الدراسة الحالية، ويؤكد على مطابقة النموذج العديد من المؤشرات التي في ضوءها يتم قبول النموذج أو رفضه وهي مؤشرات جودة المطابقة؛ مؤشر جودة المطابقة GFI، ومؤشر المطابقة المقارن NFI، ومؤشر جودة المقارنة CFI ومؤشر توكر لويس TLI وجميعها قيم مرتفعة بحيث تقترب من 1 صحيح (تقع في المدى المثالي) ، مما يدل على مطابقة النموذج المفترض مع بيانات العينة الحالية، بالإضافة إلى مؤشر خطأ التقريب إلى متوسط المربعات RMSEA والتي اقتربت قيمته من الصفر.

وهذه المؤشرات تؤيد جودة أو تجانس بنود المقياس في التعبير عن مكون الاكتئاب ومن ثم، يمكننا اعتبار البنود المقترحة للاختبار تقيس الاكتئاب، وتعد هذه المؤشرات كافية لتأكيد أن الاختبار يتمتع بصدق تكوين جيد.

ثبات مقياس الاكتئاب

حُسب ثبات مقياس الاكتئاب باستخدام معامل ألفا لكرونباخ والتجزئة النصفية ، كما يبين الجدول رقم (8).

جدول (8). معاملات ثبات المقياس.

المتغير	ألفاكرونباخ	التجزئة النصفية
الاكتئاب	,935	,895

وبالنظر إلى الجدول رقم (8) ، يتبين أن معاملات الثبات للمقياس مرتفعة بطريقتي ألفاكرونباخ والتجزئة النصفية ، وهذا يعني أن قياسنا للاكتئاب يعد متحرراً من الخطأ الى حد كبير. وبناءً على هذا، فإن القيم التي يتم الحصول عليها باستخدام هذا الاختبار تعد قابلة للتعميم، لأنها تتجاوز مجرد حدوثها النوعي في الظاهرة.

مقياس سوء استخدام المواد:

وصف المقياس: يُعد مقياس سوء استخدام المواد أداة تشخيصية مشتقة من "المقابلة الإكلينيكية لتشخيص الاضطرابات النفسية" (شليبي وآخرين، 2022) وفقاً لمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية -5 (DSM-5) (TR) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي. يتكون المقياس من 48 بنداً تهدف إلى تقييم الأعراض المرتبطة باضطراب سوء استخدام المواد المختلفة، سواء كانت كحولية أو غير كحولية، مثل:

- الكحوليات (الخمور)
- المهدئات
- الحشيش
- الكوكايين
- الأفيون
- الفينسيليدين
- المهلوسات
- المستنشقات
- مواد أخرى

تستفسر البنود عن ما إذا كان الشخص قد استخدم أيًا من هذه المواد في الأشهر الـ 12 الأخيرة. كما تشمل البنود استفسارات حول السلوكيات المرتبطة بسوء استخدام المواد مثل استخدام المادة لفترة أطول مما تم التخطيط له، الصعوبة في التوقف عن استخدامها، أو قضاء وقت طويل في الحصول عليها أو تناولها أو التعافي من آثارها. **الاستجابة على المقياس:** يتم تقديم الاستبيان في صورة إلكترونية، ويستجيب الشخص على الأسئلة باستخدام مقياس رتبي يتراوح بين خمسة مستويات:

1. لا تنطبق أبدًا = 1

2. تنطبق بدرجة قليلة = 2

3. تنطبق بدرجة متوسطة = 3

4. تنطبق بدرجة كبيرة = 4

5. تنطبق بدرجة كبيرة جدًا = 5

يتبع ذلك استفسار إضافي عن بعض الجوانب المحددة لسوء استخدام المواد، مثل ما إذا كان الشخص استخدم المادة لفترة أطول مما كان ينوي، أو واجه صعوبة في التوقف عن استخدامها، أو قضى وقتًا طويلًا في الحصول عليها أو الإفاقة منها. هذه الأسئلة تُجاب بنعم أو لا، حيث:

• نعم = 2

• لا = 1

حساب الدرجة على مقياس سوء استخدام المواد: تُحسب الدرجة الإجمالية للمقياس من خلال جمع الدرجات على البنود بطريقة جبرية، حيث تشير الدرجات الأعلى إلى زيادة عدد وشدة الأعراض المتعلقة باضطراب سوء استخدام المواد لدى الفرد. يتم استخدام هذه الدرجة كمؤشر أساسي لتحديد مدى تأثير سوء استخدام المواد على حياة المستجيب ومستوى الاضطراب المحتمل.

يُعد هذا المقياس أداة دقيقة لتقييم الأعراض والسلوكيات المرتبطة بسوء استخدام المواد، ويُستخدم لتحديد الحالات المحتملة التي قد تحتاج إلى تدخل علاجي أو استشاري.

الخصائص السيكومترية لمقياس تعاطي المواد النفسية

الاتساق الداخلي لمقياس تعاطي المواد النفسية

تم حساب الاتساق الداخلي للمقياس باستخدام علاقة البعد بالدرجة الكلية للمقياس. ويتم اعتماد البند على أساس محك العلاقة التي تُقدَّر بـ 0.3 فأكثر. ويوضح الجدول (9) نتائج تطبيق هذا الإجراء.

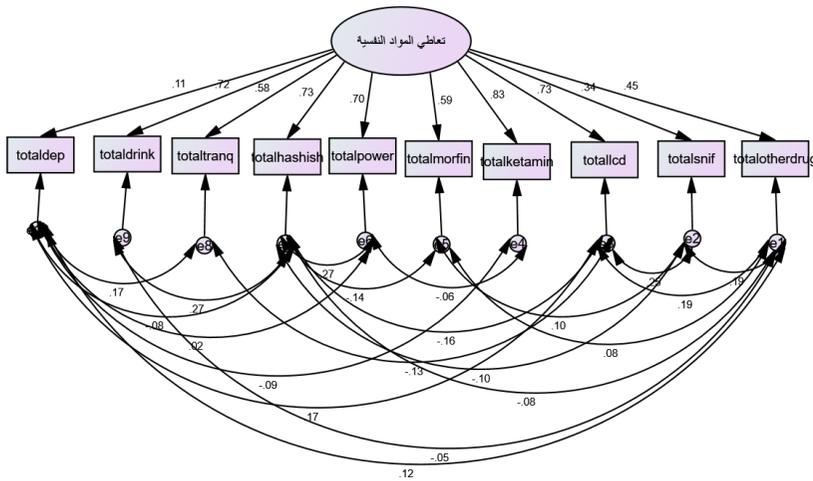
جدول (9). علاقة البعد بالدرجة الكلية للمقياس.

البعد	علاقة البعد بالدرجة الكلية
تعاطي 1	,140
تعاطي 2	,765
تعاطي 3	,650
تعاطي 4	,752
تعاطي 5	,770
تعاطي 6	,668
تعاطي 7	,790
تعاطي 8	,727
تعاطي 9	,491
تعاطي 10	,560

وتكشف التحليلات التي يحتوي عليها هذا الجدول عن وجود درجة عالية من الاتساق الداخلي فيما عدا البعد الأول.

صدق مقياس تعاطي المواد النفسية

حُسب الصدق البنائي لمقياس تعاطي المواد النفسية باستخدام التحليل العاملي التوكيدي، ولتنفيذ إجراءات التحليل العاملي التوكيدي استخدمت الباحثة حزمة البرامج الإحصائية المعروفة باسم أموس AMOS إصدار 24، للتأكد من جودة مطابقة أبعاد المقياس لمكون تعاطي المواد النفسية. ويعرض جدول (10) الأوزان الانحدارية المعيارية للأبعاد والدلالة المعنوية، والمتضمنة في الشكل رقم (3) للنموذج المقترح.



الشكل (3) النموذج التوكيدي المقترح لمقياس تعاطي المواد النفسية
جدول (10) الأوزان الانحدارية المعيارية وودالاتها لأبعاد مقياس تعاطي المواد النفسية

البعد	الوزن الانحداري	الدلالة
تعاطي 1	,109	,05
تعاطي 2	,716	,001
تعاطي 3	,579	,001
تعاطي 4	,727	,001
تعاطي 5	,701	,001
تعاطي 6	,594	,001
تعاطي 7	,834	,001
تعاطي 8	,733	,001
تعاطي 9	,338	,001
تعاطي 10	,448	,001

ويلاحظ من الجدول (10) أن جميع الأوزان الانحدارية عالية الدلالة لجميع الأبعاد المكونة لمفهوم تعاطي المواد النفسية. ماعدا البعد الأول. ومما يزيد هذه النتائج تأييداً،

ما يتبين من خلال الجدول (11)، من أن جميع مؤشرات جودة المطابقة تتجاوز حاجز الـ 0.90، وأن الخطأ المحتمل في مواجهة هذه المؤشرات لم يتجاوز الـ 0.02.

جدول (11). مؤشرات جودة المطابقة للمقياس.

المؤشر	قيمة المؤشر	القيمة المرجعية
مؤشر جودة المطابقة المعدل GFI	,985	,90 فأكثر
مؤشر جودة المطابقة المعياري NFI	,979	,90 فأكثر
مؤشر جودة المطابقة المقارن CFI	,985	,90 فأكثر
مؤشر الجذر التربيعي لمتوسط خطأ التقدير Rmse	,061	,08 فأقل
مؤشر توكر - لويس TLI	,954	,90 فأكثر

يتضح من الجدول (11) أن النموذج القياسي للمقياس له مؤشرات جودة جيدة، ويطابق بيانات عينة الدراسة الحالية، ويؤكد على مطابقة النموذج العديد من المؤشرات التي في ضوءها يتم قبول النموذج أو رفضه وهي مؤشرات جودة المطابقة؛ مؤشر جودة المطابقة GFI، ومؤشر المطابقة المقارن NFI، ومؤشر جودة المقارنة CFI ومؤشر توكر لويس TLI وجميعها قيم مرتفعة بحيث تقترب من 1 صحيح (تقع في المدى المثالي) ، مما يدل على مطابقة النموذج المفترض مع بيانات العينة الحالية، بالإضافة إلى مؤشر خطأ التقريب إلى متوسط المربعات RMSEA والتي اقتربت قيمتها من الصفر.

وهذه المؤشرات تؤيد جودة أو تجانس أبعاد مقياس تعاطي المواد النفسية في التعبير عن مكون تعاطي المواد النفسية ومن ثم، يمكننا اعتبار البنود المقترحة للاختبار تقيس تعاطي المواد النفسية، وتعد هذه المؤشرات كافية لتأكيد أن الاختبار يتمتع بصدق تكوين جيد.

ثبات اختبار تعاطي المواد النفسية

حُساب ثبات اختبار تعاطي المواد النفسية باستخدام معامل ألفا لكرونباخ والتجزئة النصفية ، كما يبين الجدول رقم (12).

جدول (12). معاملات ثبات المقياس.

المتغير	ألفاكرونباخ	التجزئة النصفية
تعاطي 1	,898	,894
تعاطي 2	,743	,788
تعاطي 3	,636	,705
تعاطي 4	,787	,822
تعاطي 5	,636	,706
تعاطي 6	,633	,740
تعاطي 7	,708	,725
تعاطي 8	,849	,865
تعاطي 9	,555	,705
تعاطي 10	,639	,588

وبالنظر إلى الجدول رقم (12) ، يتبين أن معاملات الثبات للمقياس مرتفعة بطريقتي ألفاكرونباخ والتجزئة النصفية ، وهذا يعني أن قياسنا لتعاطي المواد النفسية يعد متحرراً من الخطأ. وبناءً على هذا، فإن القيم التي يتم الحصول عليها باستخدام هذا الاختبار تعد قابلة للتعميم، لأنها تتجاوز مجرد حدوثها النوعي في الظاهرة.

مقياس الوصمة:

تطوير المقياس: تم بناء مقياس الوصمة للمرض النفسي استناداً إلى استعراض الأدبيات المتخصصة في دراسة الوصمة، بدءاً من الجهود الرائدة للعالم إرفينج جوفمان (Goffman, 1963) المتعلقة بفهم الوصمة كمفهوم اجتماعي ونفسي. كما تم تحليل الأدوات المستخدمة في قياس وصمة المرض النفسي في كل من الثقافات العالمية (مراجع عالمية) والثقافات المحلية (مراجع محلية) لضمان تكييف المقياس ليعكس الفروق الثقافية والاتجاهات السائدة في المجتمعات المختلفة. هدفت النسخة الحالية من المقياس إلى تقديم أداة مختصرة ودقيقة لقياس مشاعر الوصمة الذاتية والوصمة الاجتماعية المرتبطة بالمرض النفسي، بما يتماشى مع الأبحاث السابقة والمفاهيم المعاصرة حول الوصمة.

وصف المقياس: يتألف مقياس الوصمة للمرض النفسي من 34 بنداً تغطي بعدين رئيسيين:

1. الوصمة الذاتية للمرض النفسي: يتكون هذا البعد من 22 بنداً ويهدف إلى قياس مشاعر الأفراد حول وصمتهم الذاتية تجاه أعراض المرض النفسي التي قد يعانون منها. يتناول هذا البعد الأسئلة التي تقيس مدى شعور الفرد بالعار أو الخجل نتيجة لإصابته بمرض نفسي وكيفية تأثير ذلك على احترامه لذاته وتعامله مع الآخرين.

2. الوصمة الاجتماعية للمرض النفسي: يتكون هذا البعد من 12 بنداً ويقيس الاتجاهات السائدة في المجتمع نحو المرضى النفسيين. يغطي هذا البعد الأسئلة المتعلقة بالتصورات السلبية والأفكار النمطية التي يحملها المجتمع تجاه الأفراد المصابين باضطرابات نفسية وكيفية تأثير هذه التصورات على التفاعل الاجتماعي مع المرضى النفسيين.

الاستجابة على المقياس: تم تقديم الاستبيان في صورة إلكترونية، مما يتيح للمشاركين الإجابة بسهولة باستخدام أجهزتهم الذكية أو الحواسيب. يعتمد المقياس على مقياس ليكرت الرتبي المكون من خمسة مستويات:

1. لا تنطبق أبداً = 1

2. تنطبق بدرجة قليلة = 2

3. تنطبق بدرجة متوسطة = 3

4. تنطبق بدرجة كبيرة = 4

5. تنطبق بدرجة كبيرة جداً = 5

يتعين على المشاركين تحديد الدرجة التي تعبر عن مشاعرهم أو معتقداتهم الشخصية فيما يتعلق بالوصمة الذاتية أو الاجتماعية تجاه المرض النفسي.

حساب الدرجة على المقياس: تُحسب الدرجة الإجمالية للمقياس من خلال جمع الدرجات على البنود بطريقة جبرية، بحيث تشير الدرجات الأعلى إلى ارتفاع مشاعر الوصمة الذاتية والاجتماعية لدى الفرد. يتم حساب كل بعد من أبعاد المقياس على

حدة (الوصمة الذاتية والوصمة الاجتماعية)، كما يتم حساب الدرجة الكلية التي تعكس المستوى العام لمشاعر الوصمة لدى الفرد تجاه المرض النفسي. تمثل الدرجات المرتفعة على المقياس ارتفاعاً في مستوى الوصمة المرتبطة بالمرض النفسي، سواء من حيث الوصمة الذاتية التي يشعر بها الفرد تجاه نفسه أو الوصمة الاجتماعية التي يعتقد أنها موجودة في مجتمعه تجاه المرضى النفسيين.

الخصائص السيكومترية للمقياس:

اعتمدت الباحثة على عدة إجراءات في التحقق من الكفاءة السيكومترية لمقياس مشاعر الوصمة، وهي:

أولاً: تحليل بنود الاختبار

تم التحقق من بنية المقياس ودقته في قياس مشاعر الوصمة باستخدام نظرية الاستجابة للمفردة؛ حيث تمدنا هذه النظرية بنماذج رياضية متعددة تعتمد في تقديرها للدرجة على الاختبار بالتفاعل بين خصائص المفردة (الصعوبة - التمييز) ومقدار السمة للفرد. ولذلك فإن الإجابة الصحيحة للمفردة لا تعتمد فقط على مقدار السمة لديه وإنما تعد نتيجة للتفاعل بين مقدار السمة وخصائص المفردة.

ونظراً لأن الاختبار المستخدم هنا من نوع الاختبارات متعددة الاستجابة (بطريقة ليكرت)، فكل مفردة للاختبار لها خمسة أقسام للاستجابة (ينطبق بدرجة كبيرة جداً - ينطبق بدرجة كبيرة - ينطبق بدرجة متوسطة - ينطبق بدرجة قليلة - لا ينطبق أبداً). لذلك، استُخدم نموذج الاستجابة المتدرجة لنمذجة المفردات المتعددة الاستجابات. جدير بالذكر، أن هذا النموذج لا يقدر احتمال الإجابة على المفردة مباشرة، وإنما من خلال المفاضلة بين اثنين من الحدود المتقاربة لخصائص المفردة (Lee&Suh,2015). ويمثل هذا النموذج العلاقة المنحنية بين مستوى قدرات الأفراد واحتمال استجابتهم في كل قسم من أقسام الإجابة، ولا يشترط فيه أن تشتمل جميع بنوده على نفس العدد من الأقسام، ولكن يكون لكل مفردة معلمة تمييز واحدة (a) ومجموعة من معلمات العتبات الفارقة (Thresholds)، والتي يُرمز لها بالرمز (B_1, B_2, \dots, B_n) ، وعدد هذه المعلمات أقل من عدد أقسام الاستجابة بواحد صحيح، وهو عدد المنحنيات المميزة

الإجرائية لأقسام المفردة، فإذا كانت عدد أقسام الاستجابة خمسة أقسام مثل مقياس ليكرت. وحيث أن الدرجات الخاصة بهذه الأقسام هي (1,2,3,4,5)، فإن عدد المنحنيات المميزة الإجرائية لهذه المفردة يساوي (4) منحنيات، لكل منها نفس معامل التمييز، ولكنها تختلف في معلمات العتبات الفارقة (B_1, B_2, B_3, B_4). وهذا ما يوضحه الشكل (4).

5	4	3	2	1
5	4	3	2	الدرجات
B_4	B_3	B_2	B_1	العتبات الفارقة

شكل (4). عدد العتبات الفارقة لاستجابات مفردة ذات خمسة أقسام.

وتحسب قيمة معلمة العتبة الفارقة (β) من خلال نقطة على متصل السمة المقيسة، يكون عندها احتمال الإجابة لهذا القسم يساوي (0.5). ويتم معالجة المفردة في هذا النموذج من خلال أربعة من الأقسام الثنائية، فإذا كانت عدد أقسام الاستجابة خمسة أقسام والدرجات الخاصة بهذه الأقسام (1، 2، 3، 4، 5)، فإن معالجة المفردة في هذه الحالة تتم من خلال سلسلة الأقسام الثنائية التالية:

$$\begin{aligned} (1, 2 \text{ في مقابل } 3, 4, 5) & \quad (1 \text{ في مقابل } 2, 3, 4, 5) \\ (1, 2, 3 \text{ في مقابل } 4, 5) & \quad (1, 2, 3, 4 \text{ في مقابل } 5) \end{aligned}$$

ويتم تقدير احتمال إجابة كل قسم من هذه الأقسام الثنائية من خلال معادلة النموذج ثنائي المعلمة ويكون ميل المنحنيات المميزة الإجرائية متساوياً داخل كل مفردة، أي أن قدرة أقسام الإجابة على التمييز بين المستويات المختلفة متساوٍ، ولكن قدرة المفردات على التمييز تختلف فيما بينها (محمد عبد الوهاب، 2010، 34.33). ويوضح الجدول (13) خصائص كل مفردة، بحيث يصبح لكل مفردة معامل تمييز واحد وخمس عتبات فارقة.

وقد تم استخدام برنامج STATA 14 لحساب منحني خصائص المفردة للاختبار.

جدول (13). منحني خصائص المفردة

م	العدد	بارامترات النموذج	قيمة بارامترات المفردات	دالة مفردات	ت	الدالة المعنوية
1	0.000	10.46	بارامتر التمييز	1.130188	أقصى معلومات عند مستوى قدرة ١,٨	
			بارامترات العتبات	1.707849		
2	0.000	11.19	بارامتر التمييز	3.200771	أقصى معلومات عند مستوى قدرة ١,٦	
			بارامترات العتبات	.6631642		
3	0.000	11.98	بارامتر التمييز	3.759603	أقصى معلومات عند مستوى قدرة ١,٦	
			بارامترات العتبات	.3310998		
4	0.000	11.58	بارامتر التمييز	3.504737	أقصى معلومات عند مستوى قدرة ١,٨	
			بارامترات العتبات	.4451706		

م	العدد	بارامترات النموذج	قيمة بارامترات المفردات	دالة مفردات	ت	الدالة المعنوية
1	0.000	8.47	بارامتر التمييز	1.621324	أقصى معلومات عند مستوى قدرة ١,٨	
			بارامترات العتبات	1.1789		
2	0.000	9.66	بارامتر التمييز	2.910681	أقصى معلومات عند مستوى قدرة ٢,٢	
			بارامترات العتبات	1.574803		
3	0.000	9.69	بارامتر التمييز	3.31487	أقصى معلومات عند مستوى قدرة ١,٨	
			بارامترات العتبات	.3967726		
4	0.000	9.46	بارامتر التمييز	2.659099	أقصى معلومات عند مستوى قدرة ١,٨	
			بارامترات العتبات	1.169988		

الوصمة الذاتية

0.000	10.90	القياسي معلومات عند مستوى قدرة ١,٨	2.591294	بارامتر التمييز	١٤
			720189	بارامترات الحداث	
			1.409714	التفارقة >= ٢	
			1.933678	> = ٣ = ٤	
0.000	11.54	القياسي معلومات عند مستوى قدرة ١,٦	4.012028	بارامتر التمييز	١٥
			4028531	بارامترات الحداث	
			9968825	التفارقة >= ٢	
			1.365571	> = ٣ = ٤	
0.000	11.84	القياسي معلومات عند مستوى قدرة ١,٦	2.639504	بارامتر التمييز	١٦
			4779662	بارامترات الحداث	
			1.006442	التفارقة >= ٢	
			1.497807	> = ٣ = ٤	
0.000	10.99	القياسي معلومات عند مستوى قدرة ٣	-1.285377	بارامتر التمييز	١٧
			1.009507	بارامترات الحداث	
			1447278	التفارقة >= ٢	
			-5077477	> = ٣ = ٤	
0.000	-9.11		-8939813	بارامتر التمييز	١٨

0.000	10.50	القياسي معلومات عند مستوى قدرة ١,٨	3.252721	بارامتر التمييز	١٩
			8613531	بارامترات الحداث	
			1.355669	التفارقة >= ٢	
			1.713788	> = ٣ = ٤	
0.000	11.10	القياسي معلومات عند مستوى قدرة ١,٨	3.989586	بارامتر التمييز	٢٠
			6532047	بارامترات الحداث	
			1.191765	التفارقة >= ٢	
			1.619547	> = ٣ = ٤	
0.000	11.43	القياسي معلومات عند مستوى قدرة ١,٨	3.909506	بارامتر التمييز	٢١
			6100567	بارامترات الحداث	
			1.166965	التفارقة >= ٢	
			1.546627	> = ٣ = ٤	
0.000	9.63	القياسي معلومات عند مستوى قدرة ٣	3.22825	بارامتر التمييز	٢٢
			1.054961	بارامترات الحداث	
			1.682644	التفارقة >= ٢	
			2.158479	> = ٣ = ٤	
0.000	-9.40	القياسي معلومات عند مستوى قدرة ١	-1.027811	بارامتر التمييز	٢٣
			2.639049	بارامترات الحداث	
			1.285537	التفارقة >= ٢	
			2062327	> = ٣ = ٤	

0.000	6.43	القياسي معلومات عند مستوى قدرة ١,١-	5.569372	بارامتر التمييز	٢٤
			-3.376645	بارامترات الحداث	
			-1.251977	التفارقة >= ٢	
			1.189205	> = ٣ = ٤	
0.000	5.19	القياسي معلومات عند مستوى قدرة ١,٠-	4.242536	بارامتر التمييز	٢٥
			-3.102118	بارامترات الحداث	
			-1.375329	التفارقة >= ٢	
			3.561957	> = ٣ = ٤	
0.000	4.93	القياسي معلومات عند مستوى قدرة ٣-	4.010391	بارامتر التمييز	٢٦
			-3.141509	بارامترات الحداث	
			1.812136	التفارقة >= ٢	
			3.872711	> = ٣ = ٤	
0.000	4.60	القياسي معلومات عند مستوى قدرة ١	3.730244	بارامتر التمييز	٢٧
			-3.725878	بارامترات الحداث	
			-0.09654	التفارقة >= ٢	
			4.081305	> = ٣ = ٤	
0.000	-6.86	القياسي معلومات عند مستوى قدرة ١	-5.657692	بارامتر التمييز	٢٨
			2.324097	بارامترات الحداث	
			-2530834	التفارقة >= ٢	
			-3.371756	> = ٣ = ٤	

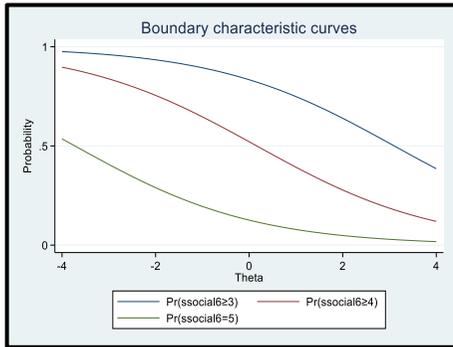
0.000	10.03	القياسي معلومات عند مستوى قدرة ١,٨	3.14084	بارامترات الحداث	٢٩
			1.34983	التفارقة >= ٢	
			-1.657762	> = ٣	
				= ٤	
0.000	10.37	القياسي معلومات عند مستوى قدرة ١,٢	2.673804	بارامتر التمييز	٣٠
			1.015292	بارامترات الحداث	
			1.602366	التفارقة >= ٢	
			2.139013	> = ٣ = ٤	
0.000	9.71	القياسي معلومات عند مستوى قدرة ١,٩	-1.119105	بارامتر التمييز	٣١
			2.096083	بارامترات الحداث	
			1.030122	التفارقة >= ٢	
			-0.748065	> = ٣ = ٤	
0.000	10.30	القياسي معلومات عند مستوى قدرة ٣	3.529332	بارامتر التمييز	٣٢
			1.082273	بارامترات الحداث	
			1.610231	التفارقة >= ٢	
			2.080631	> = ٣ = ٤	
0.000	-	القياسي معلومات عند مستوى قدرة ٣	-1.224302	بارامتر التمييز	٣٣
			1.132611	بارامترات الحداث	
			0.960553	التفارقة >= ٢	
			-6090779	> = ٣ = ٤	

		أقصى معلومات عند مستوى القدرة 1-	بارامترات العتبات الفرقة =2 > = 3 = 4	
		أقصى معلومات عند مستوى القدرة 1-	بارامترات العتبات الفرقة =2 > = 3 = 4	
0.000	6.23	أقصى معلومات عند مستوى القدرة 1-	بارامترات العتبات الفرقة =2 > = 3 = 4	٢١

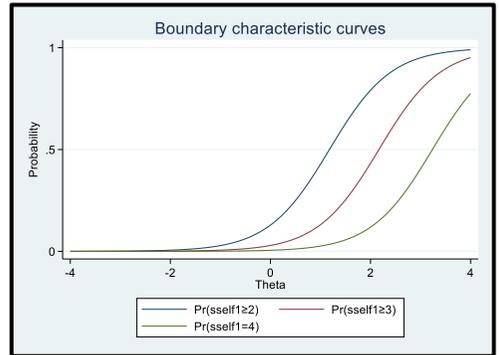
0.000	-6.35	أقصى معلومات عند مستوى القدرة 1,6	بارامترات العتبات الفرقة =2 > = 3 = 4	٢٢
0.000	-7.88	أقصى معلومات عند مستوى القدرة 1,7	بارامترات العتبات الفرقة =2 > = 3 = 4	٢٣
0.000	-6.27	أقصى معلومات عند مستوى القدرة 1,8	بارامترات العتبات الفرقة =2 > = 3 = 4	٢٤
0.000	-6.49	أقصى معلومات عند مستوى القدرة 1-	بارامترات العتبات الفرقة =2 > = 3 = 4	٢٥
0.000	3.22	أقصى معلومات عند مستوى القدرة 1-	بارامترات العتبات الفرقة =2 > = 3 = 4	٢٦
0.000	4.03		بارامترات العتبات الفرقة =2 > = 3 = 4	٢٧

ويتضح من الجدول (13) أن قيمة اختبارات لجميع المفردات دالة عند مستوى دلالة 0,000 وهذا يعني أن المفردات ملائمة لقياس مشاعر الوصمة وتتوافر فيه افتراضات النموذج.

ويتضح كذلك أن المعلومات التي تضمنتها مفردات الاختبار ملائمة لجميع أفراد العينة من المستويات المتوسطة والمنخفضة والمرتفعة للقدرة. ويقدم الشكلان (5) و(6) مثالان لمنحنى خصائص المفردة للمفردتين الأولى لبعده الوصمة الذاتية والثامنة والعشرون لبعده الوصمة الاجتماعية.



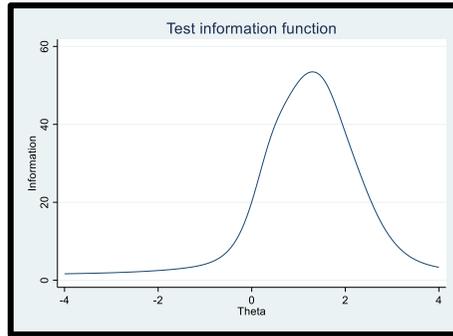
شكل (6). منحنى خصائص المفردة الثامنة والعشرون.



شكل (5). منحنى خصائص المفردة الأولى.

يوضح الشكل رقم (5) للمفردة الأولى العلاقة بين الوصمة الذاتية وإجابة الفرد إجابة صحيحة على مفردات المقياس فقد ارتفعت معلمة صعوبة المفردة لتشمل مدى واسع من القدرات التي يغطيها الاختبار بدءاً من المستوى المنخفض لمشاعر الوصمة الذاتية وحتى بدايات المستوى المرتفع لها.

ويوضح الشكل رقم (6) للمفردة الثامنة والعشرون العلاقة بين الوصمة الاجتماعية وإجابة الفرد إجابة صحيحة على مفردات المقياس فقد ارتفعت معلمة صعوبة المفردة لتشمل مدى واسع من القدرات التي يغطيها الاختبار بدءاً من المستوى المنخفض لمشاعر الوصمة الاجتماعية وحتى بدايات المستوى المرتفع لها؛ واستطاعت هاتان المفردتان التمييز بين المستويات المرتفعة والمنخفضة للسمة المستهدفة بارتفاع معلمة التمييز. وكذلك الحال بالنسبة لجميع مفردات المقياس فقد كانت جميعها ملائمة في قياس مفهوم مشاعر الوصمة.



شكل رقم (7). منحنى دالة معلومات الاختبار

يتضح من منحنى دالة المعلومات شكل (7) ملائمة مفردات الاختبار لجميع أفراد العينة من المستويات المتوسطة والمنخفضة والمرتفعة للقدرة، وكذلك يعطي الشكل مؤشر لدقة وثبات الاختبار.

الاتساق الداخلي لمقياس الوصمة

تم حساب الاتساق الداخلي للمقياس باستخدام علاقة البند بالدرجة الكلية للبعد والدرجة الكلية للمقياس. ويتم اعتماد البند على أساس محك العلاقة التي تُقدَّر بـ 0.3 فأكثر. ويوضح الجدول (14) نتائج تطبيق هذا الإجراء.

جدول (14). علاقة البند بالبعد والدرجة الكلية للمقياس.

البعد	م	علاقة البند بالبعد	علاقة البند بالدرجة الكلية
الوصمة الذاتية	1	,431	,248
	2	,506	,351
	3	,663	,441
	4	,602	,418
	5	,608	,380
	6	,638	,449
	7	,656	,441
	8	,663	,497
	9	,600	,419
	10	,662	,459
	11	,667	,502
	12	,627	,444
	13	,068	,118
	14	,613	,485
	15	,676	,471
	16	,547	,412
	17	,080	,084
	18	,163	,197
	19	,594	,426
	20	,081	,070
	21	,523	,334
	22	,026	,070

علاقة البند بالدرجة الكلية	علاقة البند بالبعد	م	البعد
,431	,621	23	الوصمة الاجتماعية
,504	,698	24	
,514	,727	25	
,510	,711	26	
,169	,283	27	
,194	,237	28	
,067	,231	29	
,033	,232	30	
,045-	,181	31	
,387	,606	32	
,411	,656	33	
,381	,569	34	

وتكشف التحليلات التي يحتوي عليها جدول (14) عن وجود درجة عالية من الاتساق الداخلي بين معظم بنود المقياس وبعديه والدرجة الكلية، وقد استبعدت بعض البنود فلم تصل لقيمة المحك وهو 3، وهذه البنود هي : 13 و17 و18 و20 و22 و27 و28 و29 و30 و31.

ثبات مقياس الوصمة

حُسب ثبات اختبار الوصمة ببعديها (الذاتي - الاجتماعي) باستخدام معامل ألفا لكرونباخ والتجزئة النصفية ، كما يبين الجدول رقم (15).

جدول (15). معاملات ثبات المقياس.

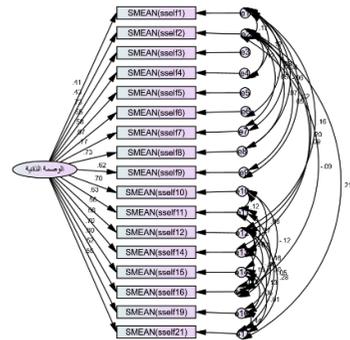
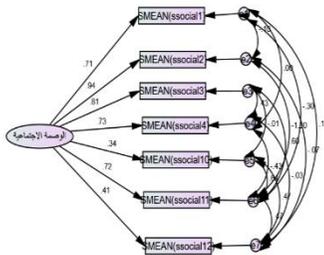
البعـد	ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية
الوصمة الذاتية	,912	,881
الوصمة الاجتماعية	,856	,619
الدرجة الكلية	,872	,531

وبالنظر إلى الجدول رقم (15) ، يتبين أن معاملات الثبات للمقاييس الفرعية والدرجة الكلية لمشاعر الوصمة مرتفعة بطريقتي ألفا لكرونباخ والتجزئة النصفية ،

وهذا يعني أن قياسنا للوصمة يعد متحرراً من الخطأ. وبناءً على هذا، فإن القيم التي يتم الحصول عليها باستخدام هذا الاختبار تعد قابلة للتعميم، لأنها تتجاوز مجرد حدوثها النوعي في الظاهرة.

صدق مقياس الوصمة

حُسب الصدق البنائي لمقياس مشاعر الوصمة باستخدام التحليل العاملي التوكيدي، ولتنفيذ إجراءات التحليل العاملي التوكيدي استخدمت الباحثة حزمة البرامج الإحصائية المعروفة باسم أموس AMOS اصدار 24، للتأكد من جودة مطابقة أبعاد المقياس لمكون مشاعر الوصمة. ويعرض جدول (16) الأوزان الانحدارية المعيارية لبعدي المقياس (الوصمة الذاتية - الوصمة الاجتماعية) والدلالة المعنوية، والمتضمنة في الشكلين رقم (8) ورقم (9) للنموذج المقترح.



شكل (8) النموذج التوكيدي المقترح لبعد الوصمة الذاتية شكل(9) النموذج التوكيدي المقترح للوصمة الاجتماعية

جدول(16) الأوزان الانحدارية المعيارية وودالاتها لبعدي الوصمة

الوصمة الاجتماعية			الوصمة الذاتية		
الدلالة	الوزن الانحداري	رقم البند	الدلالة	الوزن الانحداري	رقم البند
,001	,705	23	,001	,413	1
,001	,940	24	,001	,427	2
,001	,813	25	,001	,727	3
,001	,730	26	,001	,548	4
,001	,338	32	,001	,584	5
,001	,716	33	,001	,667	6
,001	,410	34	,001	,766	7
			,001	,725	8
			,001	,625	9
			,001	,704	10
			,001	,629	11
			,001	,564	12
			,001	,563	14
			,001	,701	15
			,001	,604	16
			,001	,522	19
			,001	,553	21

ويلاحظ من الجدول (16) أن جميع الأوزان الانحدارية عالية الدلالة لجميع البنود المكونة لمفهوم الوصمة. ومما يزيد هذه النتائج تأييداً، ما يتبين من خلال الجدول (17)، من أن جميع مؤشرات جودة المطابقة تتجاوز حاجز الـ 0.90، وأن الخطأ المحتمل في مواجهة هذه المؤشرات لم يتجاوز الـ 0.02.

جدول (17). مؤشرات جودة المطابقة لبعدي مقياس الوصمة.

المؤشر	قيمة المؤشر	القيمة المرجعية
بعد الوصمة الذاتية		
مؤشر جودة المطابقة المعدل GFI	,931	90، فأكثر
مؤشر جودة المطابقة المعياري NFI	,918	90، فأكثر
مؤشر جودة المطابقة المقارن CFI	,933	90، فأكثر
مؤشر الجذر التربيعي لمتوسط خطأ التقدير Rmse	,075	08، فأقل
مؤشر توكر - لويس TLI	,895	90، فأكثر
بعد الوصمة الاجتماعية		
مؤشر جودة المطابقة المعدل GFI	,996	90، فأكثر
مؤشر جودة المطابقة المعياري NFI	,996	90، فأكثر
مؤشر جودة المطابقة المقارن CFI	,997	90، فأكثر
مؤشر الجذر التربيعي لمتوسط خطأ التقدير Rmse	,072	08، فأقل
مؤشر توكر - لويس TLI	,971	90، فأكثر

يتضح من الجدول (17) أن النموذج القياسي للمقياس له مؤشرات جودة جيدة، ويتطابق بيانات عينة الدراسة الحالية، ويؤكد على مطابقة النموذج العديد من المؤشرات التي في ضوءها يتم قبول النموذج أو رفضه وهي مؤشرات جودة المطابقة؛ مؤشر جودة المطابقة GFI، ومؤشر المطابقة المقارن NFI، ومؤشر جودة المقارنة CFI ومؤشر توكر لويس TLI وجميعها قيم مرتفعة بحيث تقترب من 1 صحيح (تقع في المدى المثالي) ، مما يدل على مطابقة النموذج المفترض مع بيانات العينة الحالية، بالإضافة إلى مؤشر خطأ التقريب إلى متوسط المربعات RMSEA والتي اقتربت قيمتها من الصفر.

وهذه المؤشرات تؤيد جودة أو تجانس بنود المقياس في التعبير عن مكون الوصمة ومن ثم، يمكننا اعتبار البنود المقترحة للاختبار تقيس مشاعر الوصمة ببعديها الذاتي والاجتماعي، وتعد هذه المؤشرات كافية لتأكيد أن الاختبار يتمتع بصدق تكوين جيد.

صدق المجموعات المحكية لمقياس الوصمة

• قامت الباحثة بالتحقق من صدق مقياس الوصمة باستخدام صدق المجموعات المحكية، وذلك بتقدير الفروق بين المرتفعين والمنخفضين على الأعراض المرضية على مشاعر الوصمة فإذا تمكن الاختبار من إبراز هذه الفروق فإنه يدل على صدق التكوين. وتم استخدام اختبار ت لمجموعتين مستقلتين، ويوضح الجدول التالي نتائج هذا الأسلوب الإحصائي:

جدول (18) الفروق بين متوسطي درجات المرتفعين والمنخفضين في الأعراض المرضية على الوصمة.

التباعد	الأعراض المرضية	ن	م	ع	قيمة ت	مستوى الدلالة	اتجاه الفروق
مشاعر الوصمة	مرتفعين	79	47,55	6,87	-6,978	,001	المرتفعين
	منخفضين	60	36,76	10,36			

اتضح من جدول (18) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي المرتفعين والمنخفضين في الأعراض المرضية على متغير مشاعر الوصمة عند مستوى 0,001، وكانت الفروق لصالح مجموعة المرتفعين؛ بمعنى أن المرتفعين في الأعراض المرضية أكثر شعورًا بالوصمة من المنخفضين على الأعراض المرضية.

• كذلك تم التحقق من صدق مقياس الوصمة بتقدير الفروق بين المرتفعين والمنخفضين في الاكتئاب على مشاعر الوصمة، ويوضح الجدول (19) نتائج هذا الأسلوب الإحصائي:

جدول (19) الفروق بين متوسطي درجات المرتفعين والمنخفضين في الاكتئاب على الوصمة.

النُعد	الاكتئاب	ن	م	ع	قيمة ت	مستوى الدلالة	اتجاه الفروق
مشاعر الوصمة	مرتفعين	80	48,54	10,57	-8,146	,001	المرتفعين
	منخفضين	87	37,14	7,34			

اتضح من جدول (19) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي المرتفعين والمنخفضين في الاكتئاب على متغير مشاعر الوصمة عند مستوى ,001، وكانت الفروق لصالح مجموعة المرتفعين؛ بمعنى أن المرتفعين في الاكتئاب أكثر شعورًا بالوصمة من المنخفضين.

• وتم التحقق من صدق مقياس الوصمة بتقدير الفروق بين المرتفعين والمنخفضين في إساءة استخدام المواد النفسية على مشاعر الوصمة، ويوضح الجدول (20) نتائج هذا الأسلوب الإحصائي:

جدول (20) الفروق بين متوسطي درجات المرتفعين والمنخفضين في إساءة استخدام المواد النفسية على الوصمة.

النُعد	إساءة استخدام المواد النفسية	ن	م	ع	قيمة ت	مستوى الدلالة	اتجاه الفروق
مشاعر الوصمة	مرتفعين	154	45,47	10,45	-4,798	,001	المرتفعين
	منخفضين	145	40,30	8,10			

اتضح من جدول (20) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي المرتفعين والمنخفضين في إساءة استخدام المواد النفسية على متغير مشاعر الوصمة عند مستوى ,001، وكانت الفروق لصالح مجموعة المرتفعين؛ بمعنى أن المرتفعين في إساءة استخدام المواد النفسية أكثر شعورًا بالوصمة من المنخفضين.

والمقياس الذي يتكون بهذه الطريقة وتتحقق له القدرة على التمييز بين المجموعات على هذا الأساس، يتمتع بالضرورة بصدق ظاهري واضح (Kline,1993: 127.128).

وقد تم جمع البيانات من المشاركين في البحث من خلال نسخة الكترونية للمقاييس في الفترة ما بين أكتوبر 2023 إلى مايو 2024.

نتائج الدراسة ومناقشتها:

حُسبت الإحصاءات الوصفية لمتغيرات الدراسة (المتوسط ، الانحراف المعياري ، معاملي الالتواء والتفرطح) وذلك للتأكد من أن بيانات عينة الدراسة تتوزع توزيعاً اعتدالياً ، ويوضح جدول (21) نتائج هذا الأسلوب الإحصائي:

جدول (21). الإحصاءات الوصفية لمتغيرات الدراسة.

معامل التفرطح	معامل الالتواء	الانحراف المعياري	المتوسط	الإحصاءات / متغيرات الدراسة
1,567	1,392	9,14	24,39	الوصمة الذاتية
-,267	-,468	5,007	18,48	الوصمة الاجتماعية
-,037	-,668	9,25	24,76	الأعراض النفسية

يتضح من الجدول (21) أن بيانات عينة الدراسة في ضوء متغيرات الدراسة تتوزع اعتدالياً فقيم معاملي الالتواء والتفرطح تنحصر بين $(\pm 1,96)$ ؛ وبالتالي فهي في النطاق.

عرض نتائج الفرض الأول ومناقشتها:

نص الفرض على أنه " توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الوصمة الذاتية والاجتماعية والأعراض النفسية لدى عينة الدراسة".

للتحقق من هذا الفرض حُسبت العلاقة بين كل من الوصمة الذاتية والاجتماعية والأعراض النفسية لدى عينة الدراسة باستخدام معامل ارتباط بيرسون باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية، ويوضح جدول (22) نتيجة الفرض.

جدول (22) العلاقة بين كل من الوصمة الذاتية والاجتماعية والأعراض النفسية
(ن=724).

العلاقة	الأعراض النفسية
الوصمة الذاتية	**0.551,
الوصمة الاجتماعية	**0.137,

** دال عند 01.

- يتضح من الجدول (22) وجود علاقة موجبة ودالة إحصائياً بين الوصمة الذاتية والأعراض النفسية فقد كانت قيمة $r = 0.551$ وهي علاقة دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 معنوية. يتضح كذلك وجود علاقة موجبة ودالة إحصائياً بين الوصمة الاجتماعية والأعراض النفسية فقد كانت قيمة $r = 0.137$ وهي علاقة دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 معنوية. وتشير النتائج السابقة إلى صحة الفرض المطروح.

ويمكن تفسير النتيجة الخاصة بالعلاقة بين الوصمة الذاتية والأعراض النفسية بأن العلاقة الإيجابية والقوية نسبياً بين الوصمة الذاتية والأعراض النفسية تمثل مؤشراً على أن الأفراد الذين يعانون من أعراض نفسية يميلون إلى استبطان التصورات السلبية المتعلقة بالمرض النفسي، مما يؤثر سلباً على تقديرهم لذواتهم. الوصمة الذاتية، كما أشار إليها **Corrigan & Watson (2002)**، ترتبط بشدة مع تدهور الصحة النفسية؛ حيث يعتمد الأفراد الذين يعانون من أعراض نفسية إلى تطبيق التصورات السلبية الموجهة لهم من المجتمع على أنفسهم. هذه النتيجة لها تأثيرات كبيرة، حيث تدفع الأفراد إلى العزلة وتجنب طلب العلاج، وهو ما يمكن أن يؤدي إلى تفاقم حالتهم النفسية.

في السياق ذاته، وجدت **Tay وآخرين (2018)** أن الأخصائيين النفسيين الذين يعانون من أعراض اكتئابية أو قلق كانوا أكثر عرضة لتطوير وصمة ذاتية، مما يؤثر على كيفية تعاملهم مع مشاعرهم النفسية وقدرتهم على طلب المساعدة. هذه النتيجة تسلط الضوء على مشكلة معقدة تواجه حتى المتخصصين في مجال الصحة النفسية، حيث يظلون عرضة للوصمة الذاتية رغم معرفتهم وخبرتهم في التعامل مع المرض النفسي.

أما فيما يتعلق بالعلاقة بين الوصمة الاجتماعية والأعراض النفسية فقد أظهرت النتائج علاقة إيجابية ولكن ضعيفة نسبياً بين الوصمة الاجتماعية والأعراض النفسية ($r = 0.137$). هذه العلاقة تشير إلى أن الأفراد الذين يعانون من أعراض نفسية قد يشعرون بأنهم موضوع لأحكام وتصورات سلبية من قبل المجتمع، ولكن التأثير لا يكون بالقوة التي نجدها مع الوصمة الذاتية. قد يكون هذا مرتبطاً بأن تأثير الوصمة الذاتية أقوى وأكثر تأثيراً على الفرد مقارنة بالوصمة الاجتماعية، التي تعتمد بشكل أكبر على تصورات المجتمع الخارجية.

وفقاً لدراسة **Wahl & Aroesty-Cohen (2010)**، أظهرت النتائج أن مقدمي الخدمات الصحية، بما في ذلك العاملين في مجال الصحة النفسية، لديهم اتجاهات أكثر إيجابية نحو المرض النفسي مقارنة بالجمهور العام، لكنهم ما زالوا يحملون بعض التصورات النمطية السلبية. هذه النتيجة تدعم فكرة أن التصورات السلبية التي يحملها المجتمع حول المرض النفسي تؤثر على مدى شعور الأفراد بالوصمة الاجتماعية، حتى لو كانت هذه التصورات أقل حدة مقارنة بالوصمة الذاتية.

تشير نتائج الدراسة الحالية إلى توافق ملحوظ مع الأدبيات السابقة حول العلاقة بين الوصمة الذاتية والأعراض النفسية. على سبيل المثال، أظهرت دراسة **Tay وآخرين (2018)** أن الأخصائيين النفسيين الذين يعانون من أعراض نفسية يعانون بشكل أكبر من الوصمة الذاتية مقارنة بزملائهم الذين لا يعانون من تلك الأعراض. هذا يتسق مع نتائج الدراسة الحالية التي أظهرت وجود علاقة ارتباط موجبة وقوية بين الوصمة الذاتية والأعراض النفسية، مما يعزز الفكرة القائلة بأن الأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية يكونون أكثر عرضة لاستبطان التصورات السلبية المتعلقة بالمرض النفسي، وهو ما ينعكس سلباً على تقدير الذات وطلب المساعدة.

فيما يتعلق بالوصمة الاجتماعية، أشارت دراسة **Corrigan & Watson (2002)** إلى أن الوصمة الاجتماعية تؤدي دوراً كبيراً في تعزيز التصورات السلبية عن الأفراد المصابين باضطرابات نفسية، ولكن تأثيرها قد يكون أقل شدة مقارنة بالوصمة الذاتية، وهو ما يتوافق مع نتائج الدراسة الحالية التي أظهرت علاقة ارتباط

ضعيفة نسبياً بين الوصمة الاجتماعية والأعراض النفسية. يوضح هذا أن تأثير التصورات الاجتماعية الخارجية قد يكون أقل على المستوى الشخصي مقارنة بالتصورات الذاتية التي يطورها الأفراد حول أنفسهم.

رغم أن بعض الدراسات، مثل **Economou وآخريين (2012)**، أشارت إلى أن التدريب الأكاديمي في مجال الصحة النفسية يمكن أن يقلل من الوصمة، إلا أن العلاقة بين شدة الأعراض النفسية والوصمة الذاتية تظل ثابتة كما هو موضح في الدراسة الحالية.

بالنظر إلى النتائج الحالية، نجد أن الدراسة تتفق مع الاتجاه العام في الأدبيات العلمية التي تركز على تأثير الأعراض النفسية في رفع مستوى الوصمة الذاتية. على سبيل المثال، **Schulze (2007)** أوضح أن حتى المتخصصين في مجال الصحة النفسية يظلون عرضة للوصمة الذاتية إذا عانوا من أعراض نفسية، وهذا يشير إلى أن مجرد المعرفة المتقدمة حول الصحة النفسية لا يكفي لتحسين الأفراد من تأثير الوصمة الذاتية. هذه النتيجة تدعم ما توصلت إليه الدراسة الحالية من أن الأعراض النفسية ترتبط بقوة بالوصمة الذاتية، حتى بين دارسي علم النفس الذين من المفترض أن يكونوا أكثر تقبلاً وتفهماً للمرض النفسي.

فيما يخص الوصمة الاجتماعية، ورغم أن العلاقة كانت ضعيفة نسبياً مقارنة بالوصمة الذاتية، إلا أن هذا يتفق مع الأدبيات التي تشير إلى أن تأثير الوصمة الاجتماعية يعتمد بشكل كبير على العوامل الخارجية مثل تصورات المجتمع والثقافة المحيطة **(Wahl & Aroesty-Cohen 2010)**. أظهرت أن العاملين في مجال الصحة النفسية لديهم اتجاهات أكثر إيجابية تجاه المرضى النفسيين مقارنة بعامه الناس، مما يقلل من تأثير الوصمة الاجتماعية عليهم، وهذا يتماشى مع نتائج الدراسة التي أظهرت علاقة ارتباط ضعيفة بين الوصمة الاجتماعية والأعراض النفسية.

إجمالاً، نتائج الدراسة الحالية تتسق إلى حد كبير مع الأدبيات السابقة، خاصة فيما يتعلق بتأثير الأعراض النفسية على الوصمة الذاتية. الاختلافات الطفيفة التي قد تظهر في بعض النتائج مثل ضعف العلاقة بين الوصمة الاجتماعية والأعراض

النفسية قد تكون ناتجة عن اختلافات ثقافية أو سياقية، مما يفتح المجال لمزيد من البحث لاستكشاف هذه العوامل بشكل أعمق.

عرض نتائج الفرض الثاني ومناقشتها:

نص الفرض على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الوصمة

الذاتية والاجتماعية والأعراض النفسية تعزى لمتغير عدد سنوات الدراسة"

للتحقق من الفروق في درجات الوصمة الذاتية والاجتماعية والأعراض النفسية وفقاً

لعدد سنوات الدراسة (4 أعوام - 6 أعوام - 11 عام) تم استخدام اختبار تحليل التباين

في اتجاه واحد، ولتحديد اتجاه الفروق تم حساب اختبار LSD، ويوضح جدول رقم

(23) نتائج هذا الأسلوب الإحصائي.

جدول (23) دلالة الفروق بين مجموعات الدراسة الثلاث في درجات الوصمة الذاتية

والاجتماعية والأعراض النفسية تعزى لمتغير عدد سنوات الدراسة باستخدام تحليل التباين

في اتجاه واحد

البعد	عدد سنوات الدراسة	ن	م	ع	قيمة "ف"	الدلالة	دلالة الفروق البعدية الثنائية باستخدام اختبار LSD
الوصمة الذاتية	4 أعوام (أ)	491	24.039	8.1722	2,907	.05	أحب < ج
	6 أعوام (ب)	218	22.274	7.2814			
	11 عام (ج)	14	21.333	5.0692			
الوصمة الاجتماعية	4 أعوام (أ)	491	18.432	5.0243	1,011	غير دالة	-
	6 أعوام (ب)	218	18.632	4.9544			
	11 عام (ج)	14	19.062	4.9668			
الأعراض النفسية	4 أعوام (أ)	491	25.898	9.3661	8,893	.001	أحب < ج
	6 أعوام (ب)	218	22.435	8.4383			
	11 عام (ج)	14	20.083	7.3169			

يتضح من الجدول (23) وجود فروق دالة إحصائية بين مجموعات الدراسة الثلاث

في الوصمة الذاتية تبعاً لمتغير عدد سنوات الدراسة فقد كانت قيمة "ف" = 2,907

وهي دالة إحصائيًا عند مستوى 0.05 معنوية، ويوضح اختبار LSD لاتجاه الفروق البعدية أن مجموعة الدارسين لعلم النفس لأربعة أعوام كانوا مرتفعين في درجات الوصمة الذاتية يليهم مجموعة الدارسين لمدة ستة أعوام وأخيرًا مجموعة الدارسين لعلم النفس لمدة 11 عام.

يتضح من الجدول (23) وجود فروق دالة إحصائيًا بين مجموعات الدراسة الثلاث في الأعراض النفسية تبعًا لمتغير عدد سنوات الدراسة فقد كانت قيمة "ف" = 8,893 وهي دالة إحصائيًا عند مستوى 0.001 معنوية، ويوضح اختبار LSD لاتجاه الفروق البعدية أن مجموعة الدارسين لعلم النفس لأربعة أعوام كانوا مرتفعين في درجات الأعراض المرضية يليهم مجموعة الدارسين لمدة ستة أعوام وأخيرًا مجموعة الدارسين لعلم النفس لمدة 11 عام. بينما انعدمت الفروق بين مجموعات الدراسة الثلاث في الوصمة الاجتماعية فلم تصل قيمة ف لمستوى الدلالة المعنوية.

وتشير النتائج الراهنة بصفة عامة إلى أن هناك فروقًا دالة إحصائيًا في درجات الوصمة الذاتية والأعراض النفسية تبعًا لعدد سنوات الدراسة، بينما لم تظهر فروق دالة في درجات الوصمة الاجتماعية مما يؤكد صحة الفرض المطروح بشكل جزئي.

فيما يتعلق بنتائج الوصمة الذاتية أظهرت النتائج فروقًا دالة إحصائيًا بين مجموعات الدراسة الثلاث فيما يتعلق بالوصمة الذاتية، حيث تبين أن طلاب السنوات الأولى (4 سنوات) يظهرون أعلى مستويات للوصمة الذاتية مقارنةً بطلاب السنوات المتقدمة (6 و11 سنة). ويمكن تفسير هذه النتيجة بعدة عوامل:

أولاً، يشير هذا إلى أن طلاب السنوات الأولى قد لا يكون لديهم الخبرة الكافية أو الفهم العميق للمرض النفسي، مما يجعلهم أكثر عرضة لاستبطان الأفكار النمطية السلبية المتعلقة بالاضطرابات النفسية. وفقاً لما أشار إليه (Link & Phelan, 2001)، تعد الوصمة الذاتية نتيجة لتصورات نمطية يحملها الفرد ويطبقها على نفسه، وهذا قد يكون أوضح بين الطلاب الذين لم يتعرضوا بعد للتدريب السريري أو للتطبيق العملي المكثف في التعامل مع المرضى النفسيين.

ثانيًا، يمكن أن تفسر الفروق بين مجموعات الدراسة بمرور الطلاب في السنوات المتقدمة بتجارب عملية مع المرض النفسي في بيئات إكلينيكية، مما يساعدهم على رؤية المرض النفسي بشكل أكثر إنسانية وعلمية، ويقلل من وصمة العار الذاتية المرتبطة به. هذه النتيجة تتفق مع ما توصلت إليه دراسة Economou وآخرين (2012) ، حيث وجدوا أن الطلاب الذين تلقوا تدريبًا أكاديميًا أو سريريًا في الطب النفسي أصبحوا أقل عرضة للوصمة الذاتية، نظرًا لأن الخبرة العملية تعزز الفهم العميق والتعاطف مع المرضى النفسيين.

ثالثًا، تتوافق هذه النتائج مع فكرة أن الوصمة الذاتية تتخفف تدريجيًا مع زيادة المعرفة والتعليم. كلما زادت سنوات الدراسة واكتسب الطلاب معرفة أوسع في مجال الصحة النفسية، ازداد فهمهم لتأثيرات الوصمة وكيفية التعامل مع المرضى النفسيين بطريقة أكثر تعاطفًا، مما يقلل من تأثير الوصمة الذاتية على سلوكياتهم وتصوراتهم الشخصية. كما أشار (Schulze 2007)، حتى المتخصصين في الصحة النفسية، رغم معرفتهم الواسعة، قد يعانون من بعض أشكال الوصمة الذاتية، إلا أن المعرفة والخبرة المتراكمة تساعد على تقليل هذه التصورات السلبية بمرور الوقت.

أما الأعراض النفسية فقد أظهرت النتائج فروقًا دالة إحصائيًا بين مجموعات الدراسة الثلاث فيما يتعلق بالأعراض النفسية، حيث سجل طلاب السنوات الأولى (4 سنوات) أعلى مستويات من الأعراض النفسية مقارنة بطلاب السنوات المتقدمة (6 و11 سنة). يمكن تفسير هذه النتائج من خلال عدة عوامل:

أولًا، الطلاب في السنوات الأولى قد يعانون من ضغوط نفسية متزايدة نتيجة لمجموعة من العوامل مثل قلة الخبرة، الضغوط الأكاديمية، والخوف من المستقبل المهني. هؤلاء الطلاب قد لا يكون لديهم القدرة على تطوير استراتيجيات تكيف فعالة للتعامل مع هذه الضغوط النفسية. وفقًا لدراسة Tay وآخرين (2018) ، المتخصصون في مجال الصحة النفسية الذين يعانون من أعراض نفسية غالبًا ما يواجهون تحديات كبيرة في مواجهة الضغوط النفسية بسبب التصورات السلبية المرتبطة بالمرض النفسي، مما يؤدي إلى زيادة مستويات التوتر والقلق.

ثانيًا، طلاب السنوات المتقدمة الذين لديهم خبرة أكبر في مجال الصحة النفسية وتعرضوا لتدريب سريري أو عملي قد يكونون أكثر قدرة على التعامل مع الأعراض النفسية بطريقة فعالة. زيادة المعرفة حول تقنيات العلاج النفسي وأساليب التكيف يمكن أن تكون قد ساعدت هؤلاء الطلاب على تطوير استراتيجيات أفضل للتعامل مع الضغوط النفسية، مما يؤدي إلى انخفاض الأعراض النفسية لديهم بمرور الوقت. كما أشارت دراسة (Corrigan & Watson, 2002)، المعرفة والخبرة تساعد على تحسين تقدير الذات والقدرة على التعامل مع الضغوط النفسية بفعالية.

ثالثًا، يمكن أن يكون لهذا الاتجاه تفسير يتعلق بالتكيف النفسي الذي يتطور مع التقدم في السنوات الدراسية. الطلاب في السنوات الأولى ربما يكونون أقل تكيفًا مع متطلبات الدراسة الأكاديمية أو المهام الإكلينيكية، بينما الطلاب في السنوات المتقدمة ربما اكتسبوا مرونة نفسية تساعدهم على التعامل مع الأعراض النفسية بصورة أفضل. هذا التفسير يدعمه الإطار النظري للدراسة الذي يشير إلى أن التعليم الأكاديمي في مجال علم النفس يمكن أن يساهم في تحسين الوعي النفسي والقدرة على التكيف.

أما الوصمة الاجتماعية فعلى النقيض من الوصمة الذاتية والأعراض النفسية، لم تظهر فروق دالة إحصائية بين مجموعات الدراسة الثلاث فيما يتعلق بالوصمة الاجتماعية. يمكن تفسير هذه النتيجة بعدة طرق:

أولًا، الوصمة الاجتماعية قد تكون أكثر ارتباطًا بالتوجهات المجتمعية العامة والمعتقدات السائدة في الثقافة حول المرض النفسي، وهي ليست مرتبطة بشكل مباشر بالخبرة أو التعليم الأكاديمي للفرد (Wahl & Aroesty-Cohen, 2010). أوضحوا أن الوصمة الاجتماعية متجذرة في التصورات الثقافية العامة، وقد تكون أقل تأثرًا بالتعليم الأكاديمي أو الخبرة العملية.

ثانيًا، قد يكون تأثير عدد سنوات الدراسة على الوصمة الاجتماعية أقل وضوحًا لأن الطلاب، بغض النظر عن عدد سنوات دراستهم، قد لا يزالون يتعرضون لنفس التصورات المجتمعية تجاه المرض النفسي. من المحتمل أن تكون البيئة الاجتماعية التي يعيشون فيها لها تأثير أكبر على مستويات الوصمة الاجتماعية التي يشعرون بها (Corrigan & Watson, 2002).

Watson (2002) أشاروا إلى أن الوصمة الاجتماعية تتأثر بشكل رئيسي بالتصورات النمطية التي يحملها المجتمع تجاه المرض النفسي، وقد يكون من الصعب تغيير هذه التصورات من خلال التعليم الأكاديمي وحده.

ثالثاً، عدم وجود فروق دالة في الوصمة الاجتماعية قد يشير إلى أن الطلاب، بغض النظر عن سنوات دراستهم، يتعرضون لنفس المستوى من التمييز أو الأحكام المجتمعية فيما يتعلق بالمرض النفسي، وهو ما يعزز الفكرة القائلة بأن الوصمة الاجتماعية تتطلب تدخلات أوسع على مستوى المجتمع وليس فقط على مستوى التعليم الأكاديمي.

بناءً على ما سبق، نجد أن الدراسة تدعم الأدبيات السابقة فيما يتعلق بتأثير سنوات الدراسة على الوصمة الذاتية والأعراض النفسية. تشير النتائج إلى أن التعليم والخبرة العملية يلعبان دوراً مهماً في تقليل مستويات الوصمة الذاتية وتحسين القدرة على التعامل مع الأعراض النفسية، بينما الوصمة الاجتماعية قد تكون أقل تأثراً بالتعليم الأكاديمي وتحتاج إلى تدخلات مجتمعية أوسع لتقليلها.

عرض نتائج الفرض الثالث ومناقشتها:

نص الفرض على أنه " تسهم شدة الأعراض النفسية في التنبؤ بالوصمة الذاتية والاجتماعية لدى عينة الدراسة".

أولاً: اسهام شدة الأعراض النفسية كمتغير مستقل في التنبؤ بالوصمة الذاتية

كمتغير تابع

استخدمت الباحثة الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS لحساب تحليل الانحدار الخطي للتنبؤ بالوصمة الذاتية من خلال متغير شدة الأعراض النفسية بطريقة enter، ويوضح جدول (24) نتيجة هذا الإجراء:

جدول (24) تحليل الانحدار الخطي للتنبؤ بالوصمة الذاتية من خلال شدة الأعراض

النفسية لدى عينة الدراسة (ن=381).

T	B	R2	R	F	Constant	م. التابع	م. المستقل
14,457-***	10,923-	,357	,598	*** 210,317	29,785	الوصمة الذاتية	شدة الأعراض

يتضح من الجدول(24):

- أن قيم معاملات الارتباط وهي معامل الارتباط البسيط R قد بلغ 0.598 بينما بلغ معامل التحديد R^2 357, وهذا يوضح أن المتغير المستقل (شدة الأعراض النفسية) استطاع أن يفسر (35%) من التغيرات الحاصلة في المتغير التابع(الوصمة الذاتية)،

- كما يلاحظ من خلال قيم تحليل التباين والذي يمكننا من معرفة القوة التفسيرية للنموذج ككل عن طريق إحصائية F وكما يلاحظ من الجدول (24) المعنوية العالية لاختبار F ، فقد كانت دالة عند مستوى 0.001 معنوية، مما يؤكد القوة التفسيرية العالية لنموذج الانحدار الخطي من الناحية الإحصائية .

- كذلك اتضح من نتائج تحليل الانحدار أن قيمة معامل انحدار شدة الأعراض النفسية = -10,923 وهي سالبة الإشارة وهذا يعني أنه كلما انخفضت شدة الأعراض النفسية انخفضت درجات الوصمة الذاتية.

ومن الجدول السابق يمكن التنبؤ بمعادلة الانحدار للوصمة الذاتية على شدة الأعراض النفسية هي:

$$\text{الوصمة الذاتية} = 29,785 + (-10,923) \times \text{شدة الاستجابة}$$

ثانياً: إسهام شدة الأعراض النفسية كمتغير مستقل في التنبؤ بالوصمة

الاجتماعية كمتغير تابع

استخدمت الباحثة الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS لحساب تحليل الانحدار الخطي للتنبؤ بالوصمة الاجتماعية من خلال متغير شدة الأعراض النفسية بطريقة enter، ويوضح جدول (25) نتيجة هذا الإجراء:

جدول (25) تحليل الانحدار الخطي للتنبؤ بالوصمة الاجتماعية من خلال شدة الأعراض النفسية لدى عينة الدراسة (ن=381).

م. المستقل	م. التابع	constant	F	R	R2	B	T
شدة الأعراض الاجتماعية	الوصمة الاجتماعية	19,125	16,059***	,202	,041	2,146-	4,007-***

يتضح من الجدول (25):

أن قيم معاملات الارتباط وهي معامل الارتباط البسيط R قد بلغ 202، بينما بلغ معامل التحديد R² 0,041، وهذا يوضح أن المتغير المستقل (شدة الأعراض النفسية) استطاع أن يفسر (4%) من التغيرات الحاصلة في المتغير التابع (الوصمة الاجتماعية)،

كما يلاحظ من خلال قيم تحليل التباين والذي يمكننا من معرفة القوة التفسيرية للنموذج ككل عن طريق إحصائية F وكما يلاحظ من الجدول (25) المعنوية العالية لاختبار F، فقد كانت دالة عند مستوى 0.001 معنوية، مما يؤكد القوة التفسيرية العالية لنموذج الانحدار الخطي من الناحية الإحصائية . كذلك اتضح من نتائج تحليل الانحدار أن قيمة معامل انحدار شدة الأعراض النفسية = -2,14 وهو سالبة الإشارة وهذا يعني أنه كلما انخفضت شدة الأعراض النفسية انخفضت درجات الوصمة الاجتماعية.

ومن الجدول السابق يمكن التنبؤ بمعادلة الانحدار للوصمة الاجتماعية على شدة الأعراض النفسية هي: الوصمة الاجتماعية = 19,125 + (-2,146) × شدة الاستجابة

وتشير النتائج السابقة بصفة عامة إلى صحة الفرض المطروح.

إسهام شدة الأعراض النفسية في التنبؤ بالوصمة الذاتية:

تشير نتائج تحليل الانحدار الخطي إلى أن شدة الأعراض النفسية تسهم بشكل كبير في التنبؤ بمستوى الوصمة الذاتية. حيث بلغ معامل الارتباط البسيط $R = 0.598$ ومعامل التحديد $R^2 = 0.357$ ، مما يعني أن شدة الأعراض النفسية تفسر حوالي 35% من التغيرات في الوصمة

الذاتية لدى عينة الدراسة. كما أظهرت النتائج أن تحليل التباين كان دالاً إحصائياً عند مستوى معنوية $p < 0.001$ $p < 0.001$ $p < 0.001$ ، مما يعزز من قوة النموذج التفسيري.

ويمكن تفسير هذه النتائج بناءً على الأدبيات السابقة التي تناولت العلاقة بين الأعراض النفسية والوصمة الذاتية **Tay**. وآخرين (2018) أشاروا إلى أن الأفراد الذين يعانون من أعراض نفسية شديدة غالباً ما يستدمجون التصورات السلبية المحيطة بالمرض النفسي ويطبقونها على أنفسهم، مما يؤدي إلى زيادة الوصمة الذاتية. هذا يتوافق مع النتائج الحالية التي أظهرت أن شدة الأعراض النفسية ترتبط بشكل سلبي بالوصمة الذاتية، حيث أن كلما زادت حدة الأعراض، زادت الوصمة الذاتية.

القيمة السالبة لمعامل الانحدار ($B = -10.923$) تشير إلى أن كلما انخفضت شدة الأعراض النفسية، انخفضت مستويات الوصمة الذاتية. هذه النتيجة تدعم الأدبيات التي تشير إلى أن التدخلات التي تهدف إلى تقليل شدة الأعراض النفسية يمكن أن تسهم في تقليل الوصمة الذاتية، حيث أن تحسين الأعراض النفسية يؤدي إلى تحسين صورة الفرد عن نفسه، وبالتالي تقليل التصورات السلبية الذاتية المرتبطة بالمرض النفسي.

إسهام شدة الأعراض النفسية في التنبؤ بالوصمة الاجتماعية:

بالنسبة للوصمة الاجتماعية، أظهر تحليل الانحدار أن شدة الأعراض النفسية تسهم أيضاً في التنبؤ بالوصمة الاجتماعية، ولكن بنسبة أقل مقارنة بالوصمة الذاتية. بلغ معامل الارتباط البسيط $R = 0.202$ ومعامل التحديد $R^2 = 0.041$ ، مما يعني أن شدة الأعراض النفسية تفسر حوالي 4% فقط من التغيرات في الوصمة الاجتماعية. على الرغم من أن القيمة أقل بكثير من تلك المرتبطة بالوصمة الذاتية، إلا أن النموذج ما زال دالاً إحصائياً عند مستوى معنوية $p < 0.001$ $p < 0.001$ $p < 0.001$.

هذا يشير إلى أن شدة الأعراض النفسية لها تأثير أقل على الوصمة الاجتماعية مقارنة بتأثيرها على الوصمة الذاتية. يمكن تفسير ذلك بأن الوصمة الاجتماعية تعتمد

بشكل أكبر على التصورات المجتمعية والثقافية التي قد لا تتأثر بشكل مباشر بشدة الأعراض النفسية التي يعاني منها الفرد (Corrigan & Watson, 2002). أوضحوا أن الوصمة الاجتماعية غالبًا ما تكون نتيجة لتصورات نمطية يحملها المجتمع تجاه المرض النفسي، وهذه التصورات قد تظل ثابتة نسبيًا بغض النظر عن شدة الأعراض التي يعاني منها الفرد.

ومع ذلك، النتيجة السالبة لمعامل الانحدار $(B = -2.146)$ تشير إلى أنه كلما انخفضت شدة الأعراض النفسية، انخفضت درجات الوصمة الاجتماعية، مما يعني أن تحسين الأعراض النفسية قد يؤدي إلى تحسين بسيط في تصورات الأفراد عن المجتمع تجاههم.

وتتفق النتائج الخاصة بالعلاقة الدالة غصائياً بين شدة الأعراض النفسية والوصمة الذاتية مع ما جاء في الأدبيات السابقة مثل دراسة Tay وآخرين (2018)، حيث إن الأفراد الذين يعانون من أعراض نفسية شديدة غالبًا ما يتبنون تصورات سلبية عن أنفسهم، مما يزيد من مستويات الوصمة الذاتية.

أما بالنسبة للوصمة الاجتماعية، فقد أظهرت الدراسات مثل Schulze (2007) و Wahl & Aroesty-Cohen (2010) أن التصورات المجتمعية حول المرض النفسي قد تكون أقل تأثرًا بشدة الأعراض النفسية للفرد، لأنها تعتمد بشكل كبير على الثقافة المجتمعية والتصورات النمطية الثابتة.

معادلات الانحدار:

الوصمة الذاتية

$$\text{الوصمة الذاتية} = 29.785 + (-10.923) \times \text{شدة الأعراض النفسية}$$

الوصمة الاجتماعية:

$$\text{الوصمة الاجتماعية} = 19.125 + (-2.146) \times \text{شدة الأعراض النفسية}$$

وتؤكد النتائج السابقة بصفة عامة أن شدة الأعراض النفسية لها تأثير كبير على الوصمة الذاتية مقارنة بالوصمة الاجتماعية. هذا يشير إلى أن الأفراد الذين يعانون من أعراض نفسية شديدة يعانون بشكل أساسي من وصمة ذاتية قد تكون عائقًا أكبر

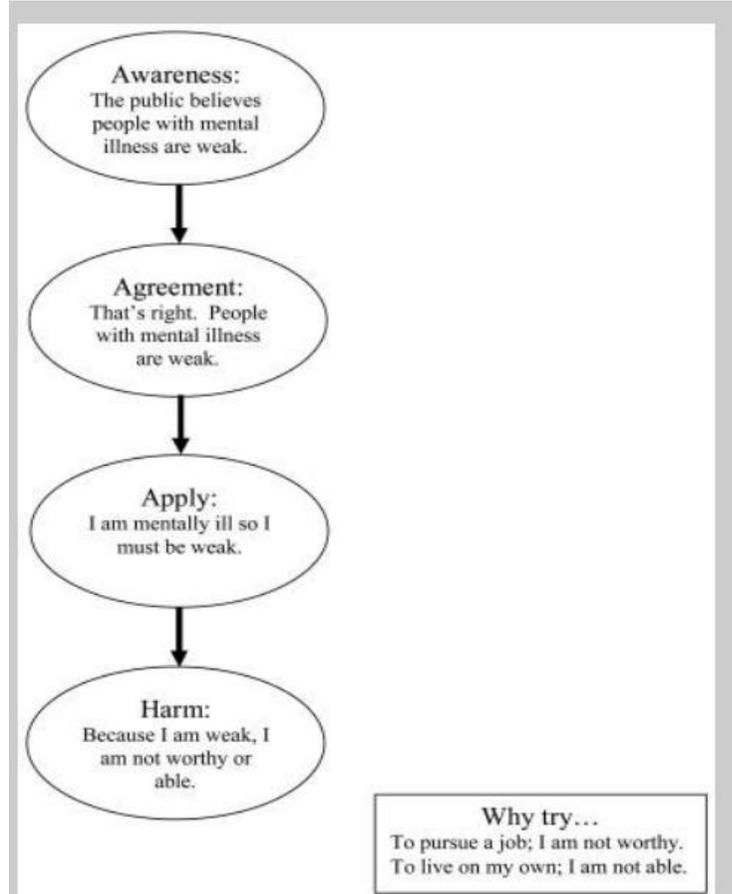
أمام طلب المساعدة والتعافي، بينما يكون تأثير شدة الأعراض النفسية على الوصمة الاجتماعية أقل وضوحًا.

تعليق عام على النتائج:

ان العلاقة بين الوصمة و المرض النفسي في اذهان المهنيين علاقة ليست بالبسيطة كما كشفت الدراسات السابقة.ففي دراسة كاسم واخرين 2024 kassam, et al., 2024 حيث اتبعت منهجا يجمع بين الأساليب الكمية والكيفية لفحص الوصمة تجاه المرض النفسي في مجال التعليم الطبي والعناية الصحية، وشارك في الدراسة 125 من طلاب العلوم الطبية و 13 مشارك ممن تم تحديدهم بانهم يعانون من مرض نفسي من بينهم 10 من طلاب العلوم الطبية و 3 أطباء مقيمين . اشارت النتائج الى ان الاطباء المقيمين لديهم اتجاهات سلبية تجاه المرض النفسي وتجاه الإفصاح عنه. وكان الرجال من المشاركين بالبحث اكثر شعورا بالوصمة الذاتية من النساء في عينة البحث. وكان المشاركون من الأقلية العرقية أكثر في مشاعر الوصمة الذاتية تجاه المرض النفسي. أوضحت نتائج المقابلات الكيفية ان المشاركين يدركون صعوبة الإفصاح الذاتي عن المرض النفسي، ولكنهم يدركون أيضا النواتج الجيدة لذلك.

ان التاريخ الطويل من التمييز ضد المرضى النفسيين والتعصب ضدهم دعا الباحثين لدراسة الظاهرة لفهمها والعمل على التخفيف منها. سواء في صورتها العامة والتي عرفت باسم الوصمة الاجتماعية او في صورتها الداخلية لدى المريض والتي ترتبط بالوصمة الذاتية والشعور بالعار والضعف نتيجة الإصابة بمرض نفسي. وتناولت دراسة كوريجون وراو .(2012) Corrigan & Rao الكيفية التي يتطور مفهوم الوصمة من خلالها معبرا عن عدد من المراحل التي تمثل ذلك وتحدث واحدة تلو الأخرى وتبدأ مراحل الوصمة تجاه المرض النفسي بمرحلة الوعي او توفر معلومات عن المرض النفسي مثل ان الناس يعتقدون ان المريض النفسي ضعيف او خطر، ثم تأتي المرحلة الثانية وهي مرحلة الاتفاق او قبول هذا المعتقد الذي يجعل

الشخص يصدق أيضا بأن المريض النفسي ضعيف أو خطر ، ثم يبدأ الشخص في تطبيق هذا المعتقد على نفسه لأنه يعاني من مرض نفسي وهنا يأتي التأثير السلبي العميق للصدمة والإيذاء الشديد لتقدير الفرد لذاته وكفاءته.



شكل (7) مراحل الوصمة لدى المريض النفسي (Corrigan & Roa , 2012, 466)

يؤكد كوريجان وروا (Corrigan & Roa , 2012) ان المرحلة المتعلقة بفقدان الأمل والاستسلام للوصمة تجعل الشخص يركز على المعنى السلبي كما يحدث في الاكتئاب ويصبح غير ميال للمحاولة لتغيير هذا المعتقد ويبدأ في تبني المعتقد المؤكد لذلك وهو "لماذا أحاول" ولفهم أكثر عمقا لتأثير الوصمة يجب ان ننتبه الى تسلسل التفكير السلبي حول مآل المرض النفسي ونتيجة الانخراط في العلاج الذي غالبا يرتبط

بمعتقدات من قبل "وكيف سيجدي العلاج" او "هل هناك علاج حقيقي" وتتوالى الأفكار السلبية لتعظم من الشعور بالضعف والاستشراف المتشائم للمستقبل. ومن هنا يحدث الاستنتاج التعسفي بمعتقد "لماذا أحاول" وهذا المعتقد يجعل الحاجز بين الفرد وبين تحقيق اهداف حياته اكبر واقوى. ويبدأ الشخص من تقليل مستوى أهدافه المهنية والاجتماعية والشخصية بشكل واضح ومتراكم. وهنا تتضافر التفسيرات لمفهوم الوصمة لتؤكد على النتيجة الموحدة وهي ادراك الشخص لذاته بأنه ضعيف ولا يستحق ولا يمكنه النجاح في ذلك حيث يكون متوقعا عدم الاحترام من الجمهور المحيط به والنظرية المعرفية في تفسير الاضطراب والدائرة المفرغة للأعراض تؤكد تفاقم هذا التأثير ان لم يتم التعامل معه بطريقة علاجية ملائمة (زيزي السيد إبراهيم، 2006). والدراسات المشار اليها هنا تجمع على ان الإفصاح ورفع الوعي حول المرض النفسي هي الخطوة الأكثر ملائمة للبدء في محاربة الوصمة ضد المرض النفسي (Corrigan & Roa , 2012) وفيما يلي التسلسل المقترح لنواتج ذلك وفقا لكوريجان وروا فالاختيارات الممكنة قد تحدث بشكل متسلسل فقد يكون الناتج المباشر للوصمة هو استجابة التجنب التي تتحول الى عادة سلوكية يتبناها الفرد كطريقة للمواجهة ليحمي نفسه من المشاعر السلبية والسلوكيات الواصمة من المحيطين. وقد تتحول في مرحلة اكثر تقدما إلى ان يكون الشخص قادرا على ممارسة بعض الأنشطة برغم المرض النفسي ولكنه غير قادر على اخبار أي شخص عن معاناته من مرض نفسي، وهناك مرحلة اكثر تحسنا في تخفيف الشعور بالوصمة وهي ان يختار الشخص بعض المحيطين الذين يثق بهم ليعرفوا عن معاناته ومشاعره حول المرض النفسي الذي يعاني منه وهنا يختار الفرد الأشخاص الذين يتوقع منهم ان يتفهموا ما سيقول. والمرحلة الأكثر صحية هي ان لا يخفي كونه مريض عن أي شخص ولا يخشى وقتها من التعرض للتمييز ضده. ثم تأتي المرحلة التالية وهي ان يكون الشخص فخورا بكونه يعاني ولديه تحدي اكبر من معظم المحيطين وهو ان يواجه ويتعامل بكفاءة مع المرض النفسي الذي يعاني منه ويحقق مستوى الرفاهية النفسية الأفضل لحياته. وهنا يتمكن الفرد من الافصاح بفخر بأنه يعاني ويتحمل الم المرض ولديه الرغبة في

الحصول على المساعدة والعلاج. وهذه تمثل الصورة المشرقة التي نتطلع كمجتمع علمي الى تحقيقها في السنوات القليلة المقبلة.

تؤكد البحوث كذلك على أهمية الاستفادة من استراتيجيات علم النفس الإيجابي في التعامل مع الوصمة ضد المرض النفسي والعمل على تخفيفها على المستويين الاجتماعي والذاتي.(بلال بنعشوبه،2017)

بصفة خاصة الامراض النفسية التي ترتبط بمشاعر وصمة مرتفعة مثل مرض الفصام (هبة على، 2020)

توصيات الدراسة :

1. إدراج برامج تدريبية متخصصة للطلاب في السنوات الدراسية الأولى:

نظرًا لأن النتائج أظهرت ارتفاع مستويات الوصمة الذاتية والأعراض النفسية بين الطلاب في السنوات الأولى من الدراسة، يوصى بتقديم ورش عمل ودورات تدريبية تركز على كيفية التعامل مع التصورات النمطية حول المرض النفسي. هذه البرامج يجب أن تستهدف بناء فهم علمي وإنساني عن المرض النفسي وتقديم الأدوات التي تساعد الطلاب على التغلب على الوصمة الذاتية.

2. تعزيز الاستراتيجيات النفسية للتعامل مع الأعراض النفسية بين طلاب علم

النفس:

يجب إدراج وحدات تعليمية أو دورات تهدف إلى تعزيز الصحة النفسية لدى الطلاب وتقديم استراتيجيات عملية للتعامل مع الضغوط النفسية، مما يقلل من شدة الأعراض النفسية ويقلل بالتالي من مستويات الوصمة الذاتية والاجتماعية.

3. تطوير حملات توعية عامة:

نظرًا لأن الوصمة الاجتماعية قد تكون أقل تأثيرًا بالتعليم الأكاديمي، كما اشارت دراسة شيروود (2019) Sherwood لذا يوصى بتنظيم حملات توعية مجتمعية واسعة النطاق تهدف إلى تغيير التصورات المجتمعية السلبية حول المرض النفسي.

هذه الحملات يجب أن تركز على تعزيز الوعي حول الأمراض النفسية كحالة صحية طبيعية تحتاج إلى دعم وليس إلى وصمة.

4. تقديم دعم نفسي مستمر للطلاب الذين يعانون من أعراض نفسية:

يجب توفير خدمات استشارية نفسية مجانية أو منخفضة التكلفة داخل الجامعات لطلاب علم النفس بهدف مساعدتهم في التعامل مع أي أعراض نفسية قد يعانون منها. كما يجب أن تكون هذه الخدمات سرية وآمنة لضمان عدم الخوف من الوصمة عند طلب المساعدة.

5. إنشاء مجموعات دعم للطلاب:

يوصى بإنشاء مجموعات دعم يقودها الطلاب أو الأخصائيون النفسيون داخل الجامعات لتمكين الطلاب من مشاركة تجاربهم المتعلقة بالصحة النفسية بشكل آمن ودون الحكم عليهم. هذه المجموعات يمكن أن تكون بيئة داعمة لتحسين الصحة النفسية وتقليل الوصمة الذاتية والاجتماعية.

مقترحات بحثية :

- تأثير التدخلات الأكاديمية على تقليل الوصمة النفسية بين طلاب علم النفس.
- الفروق الثقافية في الوصمة المرتبطة بالمرض النفسي: دراسة مقارنة بين مجتمعات مختلفة.
- العلاقة بين الوصمة النفسية والبحث عن المساعدة: العوائق والدوافع.
- تأثير الأعراض النفسية على الوصمة الذاتية والاجتماعية بين المتخصصين في الصحة النفسية.
- الفروق بين الجنسين في الوصمة النفسية وشدة الأعراض بين دارسي علم النفس.
- تأثير التخصص الأكاديمي على الوصمة النفسية: دراسة مقارنة بين طلاب علم النفس وطلاب التخصصات الأخرى.
- دور وسائل الإعلام في تشكيل الوصمة الاجتماعية المرتبطة بالمرض النفسي.
- العلاقة بين الوصمة الذاتية والثقة بالنفس: دراسة طولية بين طلاب علم النفس.
- فعالية برامج التوعية المجتمعية في تقليل الوصمة الاجتماعية تجاه المرض النفسي.

- تحليل الوصمة الذاتية والاجتماعية المرتبطة بالمرض النفسي في ظل تأثير العوامل الاقتصادية والاجتماعية.
- العلاقة بين الضغوط الأكاديمية والوصمة النفسية: دراسة ميدانية بين طلاب الجامعات"
- تأثير الوعي الذاتي والذكاء العاطفي على تقليل الوصمة الذاتية المرتبطة بالمرض النفسي"
- استكشاف دور الأسرة في تقليل الوصمة الاجتماعية المتعلقة بالمرض النفسي: دراسة نوعية"
- الفروق العمرية في استيعاب الوصمة النفسية: مقارنة بين طلاب الجامعات والمتخصصين في الصحة النفسية"
- تأثير التطور التكنولوجي ووسائل التواصل الاجتماعي على زيادة أو تقليل الوصمة النفسية"
- الوصمة النفسية لدى المراهقين وتأثيرها على الصحة النفسية: دراسة طولية"
- دور الدعم الاجتماعي في تقليل الوصمة الذاتية والاجتماعية لدى الأفراد المصابين باضطرابات نفسية"
- تحليل الوصمة النفسية بين الأجيال: دراسة مقارنة بين الأجيال المختلفة تجاه المرض النفسي"
- التأثير الاقتصادي للوصمة النفسية على معدلات البطالة والتوظيف بين الأفراد المصابين بأمراض نفسية"
- دور العلاج النفسي الجماعي في الحد من الوصمة الذاتية.

المراجع:

- أميرة هريدي، ورشا الديدي، وهبة إسماعيل.(2019). درجة الوصمة الاجتماعية واضطراب الشخصية المضادة للمجتمع: دراسة مقارنة لدى عينة من الإناث المتعاطيات والذكور المتعاطين للمواد المؤثرة نفسيا مجلة البحث العلمي في الأداب،20(2)،1 - 42. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/978118>
- بلال بنعيشوبة .(2017) استراتيجيات إدارة الوصم الذاتي في ظل مفاهيم وفتيات علم النفس الإيجابي، بحث مقدم في مؤتمر بتاريخ 6ديسمبر 2017 <https://www.researchgate.net/publication/362541536>
- حاتم مسمح، و محمد الحلو.(2018). وصمة المرض النفسي وعلاقتها بالتوكيدية في ضوء بعض المتغيرات (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية (غزة)،. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1031259>
- حسين الطراونة.(2002). اتجاهات ذوي المرضى النفسيين وغير النفسيين وعلاقتها ببعض المتغيرات، مجلة علم النفس، 16 (12)، 22-39.
- رشا الديدي، و مريم صالح.(2015). العلاقة بين الوصمة الذاتية وتأخر طلب العلاج والتحسن العلاجي والمتغيرات الديموجرافية لدى عينة من الذكور المتعاطين للمواد المؤثرة نفسيا بالمؤسسات العلاجية مجلة كلية الآداب جامعة الزقازيق،(72)،1- 46 .
- زيزي السيد ابراهيم (2004). تقييم نتائج برنامج للعلاج المعرفي السلوكي على عينة من المرضى المصابين بالاكتئاب، رسالة دكتوراة غير منشورة، كلية الآداب جامعة المنيا.
- زيزي السيد ابراهيم (2006). العلاج المعرفي للاكتئاب : اسسه النظرية وتطبيقاته العملية، القاهرة : دار غريب للطباعة والنشر
- زيزي السيد ابراهيم (2018). مهارات العلاج المعرفي السلوكي في سياق الممارسة العلاجية والحياة اليومية، دراسات نفسية، 28 (1)، 25-93.
- زينب شقير.(1994). الاتجاه نحو المرض النفسي لدى طالبات المرحلة الثانوية و طالبات المرحلة الجامعية، مجلة علم النفس.30(8)،124-140.
- عبد العاطي الفقيه، وأحمد الورفلي.(2022). الوصمة الاجتماعية للمرض النفسي وانعكاساتها على الفرد والأسرة: دراسة نظرية في سوسيولوجيا الوصم الاجتماعي، مجلة الشرق الأوسط للعلوم التربوية والنفسية،2(4)، 36 - 51 .

- عبد اللطيف خليفة.(1988). الاتجاهات والمعتقدات نحو المرض النفسي لدى عينة من الطلبة والطالبات :دراسة وصفية مقارنة ، مجلة علم النفس، (11)3، 103 - 117.
- محمدعبد الوهاب (2010). استخدام نماذج الاستجابة للبند الاختبارية في تدريج مفردات بعض الاختبارات المعرفية. رسالة دكتوراه، جامعة المنيا.
- محمد أحمد شلبي و محمد إبراهيم دسوقي و زيزي السيد ابراهيم (2015). تشخيص الأمراض النفسية للراشدين. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- محمد أحمد شلبي و محمد إبراهيم دسوقي و زيزي السيد ابراهيم (2016). تشخيص الأمراض النفسية للراشدين مستمدة من DSM-IV و DSM-5 نظرة نقدية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- محمد أحمد شلبي و محمد إبراهيم دسوقي و زيزي السيد ابراهيم (2022). تشخيص الاضطرابات النفسية مستمدة من الصورة المعدلة DSM-5-TR. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- هبة علي.(2020). الوصمة وعلاقتها بتقدير الذات والاستبصار لدى عينة من مرضى الفصام دراسات في الارشاد النفسي والتربوي،8(1)، 1 - 60 .
- وفاء الشهري و مريم صالح.(2022). الوصمة النفسية وعلاقتها بالقلق الاجتماعي والكف السلوكي لدى عينة من أبناء السجناء بمدينة جدة .المجلة العربية للآداب والدراسات الإنسانية،6(21) ، 333 - 390.
- Almadani, A. H., AbuDujain, N. M., Aljebreen, S. M., & AlJaffer, M. A. (2023). Stigma Toward Mental Illness Among Saudi Medical Students: Pre and Post Psychiatry Course Comparison. *The Journal of nervous and mental disease*, 211(2), 157-162. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001582>
- American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

- Chang, S., Ong, H. L., Seow, E., Chua, B. Y., Abdin, E., Samari, E., Teh, W. L., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2017). Stigma towards mental illness among medical and nursing students in Singapore: a cross-sectional study. *BMJ open*, 7(12), e018099. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018099>
- Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). *On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change*. Canadian Journal of Psychiatry, 57(8), 464-469.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20.
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüsch, N. (2014). *Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies*. Psychiatric Services, 63(10), 963-973.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(8), 875-884.
- Dabby, L., Tranulis, C., & Kirmayer, L. J. (2015). Explicit and Implicit Attitudes of Canadian Psychiatrists Toward People With Mental Illness. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 60(10), 451-459. <https://doi.org/10.1177/070674371506001006>
- Economou, M., Peppou, L. E., Louki, E., & Stefanis, C. N. (2012). Medical students' beliefs and attitudes towards schizophrenia before and after undergraduate psychiatric training in Greece. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 66(1), 17-25.
- Hinshaw, S. P. (2007). *The mark of shame: Stigma of mental illness and an agenda for change*. Oxford University Press.
- Kassam, A., Antepim, B., & Sukhera, J. (2024). A Mixed Methods Study of Perceptions of Mental Illness and Self-Disclosure of Mental Illness Among Medical Learners. *Perspectives on medical education*, 13(1), 336-348. <https://doi.org/10.5334/pme.1152>.
- Kline, p. (1993). *Hand book of psychological testing*. London: Rutledge.

- Kopera, M., Suszek, H., Bonar, E., Myszka, M., Gmaj, B., Ilgen, M., & Wojnar, M. (2015). Evaluating Explicit and Implicit Stigma of Mental Illness in Mental Health Professionals and Medical Students. *Community mental health journal*, 51(5), 628–634. <https://doi.org/10.1007/s10597-014-9796-6>
- Lee, S.H., Suh, H. (2015). SAS - PIRT (SAS macro) for Estimating Parameters of Polytomous Items Based on Graded Response Model (GRM).
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363-385.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). *Conceptualizing stigma*. Annual Review of Sociology, 27(1), 363-385.
- Sandhu, H. S., Arora, A., Brasch, J., & Streiner, D. L. (2019). Mental Health Stigma: Explicit and Implicit Attitudes of Canadian Undergraduate Students, Medical School Students, and Psychiatrists. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 64(3), 209–217. <https://doi.org/10.1177/0706743718792193>
- Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 137-155.
- Schulze, B. (2007). *Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship*. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 137-155.
- Sherwood D. A. (2019). Healthcare curriculum influences on stigma towards mental illness: Core psychiatry course impact on pharmacy, nursing and social work student attitudes. *Currents in pharmacy teaching & learning*, 11(2), 198–203. <https://doi.org/10.1016/j.cptl.2018.11.001>
- Suwalska, J., Suwalska, A., Neumann-Podczaska, A., & Łojko, D. (2016). Medical students and stigma of depression. Part I. Stigmatization of patients. Studenci medycyny a stygmatyzacja z powodu depresji. Część I. Stygmatyzacja pacjentów. *Psychiatria polska*, 51(3), 495–502. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/63515>

- Suwalska, J., Suwalska, A., Szczygieł, M., & Łojko, D. (2017). Medical students and stigma of depression. Part 2. Self-stigma. Studenci medycyny a stygmatyzacja z powodu depresji. Część II. Autostygmatyzacja. *Psychiatria polska*, 51(3), 503–513. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/67373>
- Tay, S., Alcock, K., & Scior, K. (2018). Mental health problems among clinical psychologists: Stigma and its impact on disclosure and help-seeking. *Journal of Clinical Psychology*, 74(9), 1545-1555.
- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Haake, S. (2006). *Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help*. *Journal of Counseling Psychology*, 53(3), 325-337.
- Wahl, O., & Aroesty-Cohen, E. (2010). Attitudes of mental health professionals about mental illness: A review of the recent literature. *Journal of Community Psychology*, 38(1), 49-62.

Abstract:

The current study aims to explore the levels of social and subjective stigma among psychology students. The mental stigma scale prepared by the researcher, the psychological symptoms survey scale, the depression scale, and the substance misuse scale derived from the clinical interview were used to diagnose mental illness (Shalaby et al., 2022) and the psychometric properties of the tools were verified. The tools were completed by a sample of 724 psychology students aged 17 to 45 years, divided into three groups according to the number of years of psychology study for three years, 4 to 11 years, or more than 11 years. The results of the hypothesis test showed a positive and statistically significant relationship between self-stigma and psychological symptoms, as well as a positive and statistically significant relationship between social stigma and psychological symptoms. The results also indicated that there were statistically significant differences between the study groups in self-stigma according to the variable of the number of years of study, while no significant differences appeared in the degrees of social stigma, which partially confirms the validity of the hypothesis. The results of linear regression analysis indicate that the severity of psychiatric symptoms contributes significantly to the prediction of the level of self-stigma. And also in predicting social stigma, but to a lesser extent.

Keywords: Stigma of mental illness - Self-stigma - Social stigma - Students of psychology - Psychological symptoms